

VI<sup>e</sup> Série. — Tome II. FEB 21 1922 N° 12. — Décembre 1921.

ANNALES  
DE  
DERMATOLOGIE  
ET DE  
SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

## SIXIÈME SÉRIE

Publiée par

CH. AUDRY (Toulouse). — L. BROCC (Paris). — J. DARIER (Paris).  
W. DUBREUILH (Bordeaux). — E. JEANSELME (Paris).  
J. NICOLAS (Lyon). — R. SABOURAUD (Paris). — G. THISBERG (Paris)

et P. RAVAUT (Paris).

RÉDACTEUR EN CHEF



MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS  
LIBRAIRES DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE  
129, BOULEVARD-SAINT-GERMAIN, PARIS

CE NUMÉRO CONTIENT LE TITRE ET LES TABLES DU TOME II

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au Dr Paul RAVAUT, Médecin à

17, rue Ballu, Paris IX<sup>e</sup>. (Téléph. Saxeberg 04.92).

Prix de l'abonnement pour 1822 (12 numéros à paraître)

France : 40 fr. ; Etranger : 45 fr.

Le numéro : 4 fr. — Changement d'adresse : 1 fr.

L'abonnement aux Annales de Dermatologie donne droit au service gratuit du Bulletin de la Société de Dermatologie

## DERMATOSSES ET ALOPÉCIES

## CEDROCADINOL VIGIER

Succédané de l'huile de Cade

(Diphénol et Ethers de diphénol de l'huile de Cade, Huiles essentielles de Cade et de Cèdre)

Prémises, glycérols, collodions, solvants : éther, soltanique, chlorofluorique sur Cedrocadinol.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

## GAZE-EMPLATRE pour pansement

TULLE ADHESIF PERMÉABLE A L'AIR

## GAZE GRASSE ANADHÈRE

TOUCHE PAR LA PEAU — ÉGALISANTE

Simple — B. du Pérou

Icthyol — Collargol

etc.

**EMPLATRES**  
ROGÉ-CAVAILLES  
Aséptiques, Cicatrisants, Fin, Souple, Adhésifs.

OXYDE

DE ZINC.

ROUGE DE VIDAL

VIGO fin, souple.

Huile de cade — Icthyol.

PYROGALLIQUE, SALICYLIQUE, etc.

**COLPLASTRE** ADHESIF no 260  
en BUBBLES de 1-2-3-5 cm  
remplace le leucoplatate Allemand

ÉCHANTILLONS. VENTE EN GRANDE. CORRESPOND : CAVAILLES

34, Rue de TUNIS, à PARIS. — Tél. L. 19-53

Dépôt : Pharmacie, 9, rue du 4 Septembre, Paris et Paris

## PHOSPHOGENE DE L. PACHAUT

Réalisation de la forme la plus efficace de la Médecine Phosphorée : Epaisseur, Fibrilles, Système normal, Antiseptique. — Un sachet à déposer et diluer. — 120, Boulevard Haussmann, PARIS.

## VALERIANE liquide de L. PACHAUT

La plus efficace des préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les malades. — 10 à 20 cuillerées à café par jour. — EN TEINTES DANS TOUTES LES PHARMACIES.



d  
d  
t  
P  
l  
t  
m  
i  
c  
a  
P  
F  
g  
p  
s.  
Y  
a  
D  
k

## TRAVAUX ORIGINAUX

### SUR UN CAS D'ANGIOMES MULTIPLES ACQUIS DU SCROTUM (ANGIOKÉRATOMES) AVEC HÉMORRAGIES

Par MM. J. NICOLAS, G. MASSIA et D. DUPASQUIER

Il existe dans la littérature médicale un très petit nombre de cas d'angiokératomes du scrotum. Le premier en date fut celui de Fordyce (1896), où les lésions étaient strictement limitées au scrotum (1). En 1911 Sutton en publia deux cas : l'un d'eux est superposable à celui de Fordyce au point de vue de la localisation des lésions, dans l'autre on voit qu'elles atteignent ainsi la conjonctive. Enfin Stümpke rapporta en 1916 une observation où les éléments angiomeux se répandaient non seulement sur les bourses, mais encore sur les cuisses, le ventre, le dos et les membres inférieurs (3). Ces différentes observations prennent place parmi celles d'angiokératomes à localisation atypique dont plusieurs auteurs (Dubreuilh, Jarisch) font un groupe spécial à côté de l'angiokératome décrit par Mibelli. S'inspirant de ces idées, Fabry a proposé la classification suivante :

*Angiokeratoma digitorum acroasphyticum* : forme fréquente, groupe homogène, lésions évoluant avec les engelures.

*Angiokeratoma corporis næviforme* : formes rares, plus disparate, pas d'engelures.

Le deuxième groupe présente lui-même deux variétés : *diffusum circumscriptum* (4).

(1) FORDYCE. Angiokeratoma of the scrotum. *Tr. am. dermat ass.*, New-York, 1896.

(2) SUTTON. A clinical and histopathologic study of angiokeratoma. *J. am. m. ass.*, Chicago, 1911.

(3) STÜMPKE. Ein Fall von angiokeratoma corporis diffusa. *Archiv. für Derm. und Syph.*, 1916 (CXXI).

(4) FABRY. Über einen Fall von Angiokeratoma circumscriptum am linken oberschenkel. *Dermat. Zeitschr.*, Berlin, 1915.

Nous admettons très volontiers cette division qui semble bien répondre à l'état actuel de nos connaissances, et nous verrons dans quelle catégorie il convient de ranger notre observation.

#### OBSERVATION

**RÉSUMÉ :** *Angiomes multiples acquis du scrotum (angiomé-*  
*tomes), ayant débuté à 40 ans. Hémorragies spontanées. Au*  
*microscope : inflammation de la zone sous-papillaire (infiltra-*  
*tion cellulaire et hypervascularisation). Phlébite des veines du*  
*derme, surtout des veines profondes. Pas d'hyperkératose.*

J... Jean, 44 ans, entré dans le service de Clinique dermatologique de l'Antiquaille, en juillet 1920.

Père et mère morts âgés.

Un frère atteint de bronchite, souvent malade l'hiver.

Une sœur morte à 2 ans.

Le malade a fait un an de service militaire seulement ; il a été ajourné pour faiblesse. Il a fait toute la guerre dans l'infanterie sans maladie.

L'affection actuelle a débuté il y a quatre ans. Elle n'a jamais incommodé le malade d'aucune manière, sinon par de petites hémorragies se répétant fréquemment, spontanément, au grattage ou consécutivement, et dont le malade apprécie la quantité moyenne à un verre à liqueur (?). Une fois cependant l'hémorragie fut beaucoup plus abondante, tachant largement le caleçon, et donnant au malade une sensation de chaleur moite. Toutes étaient indolores.

En outre, le malade accuse quelques démangeaisons au niveau des bourses, démangeaisons provoquant le grattage et comme conséquence parfois des hémorragies.

Actuellement l'affection est caractérisée par l'existence d'un très grand nombre — une centaine environ — de petites tumeurs situées sur la moitié droite du scrotum. Ces tumeurs sont d'aspects différents. Les unes sont rosées, avec un centre hémorragique et déprimé ; ce sont, d'après le malade, les éléments qui saignent. Les autres sont plus foncées, d'aspect angiomeux. Sur toutes on trouve au centre soit un petit point noirâtre de sang coagulé que l'on extrait par la pression, soit une minime ombilication, témoin de l'existence antérieure du caillot précédent déjà éliminé. Les dimensions de ces éléments sont variables ; les uns sont gros comme une tête d'épingle en verre, les autres comme un grain de mil, avec tous les intermédiaires. Ils sont un peu durs au toucher, mais non kératosiques. Pas d'infiltration. Indolence complète.

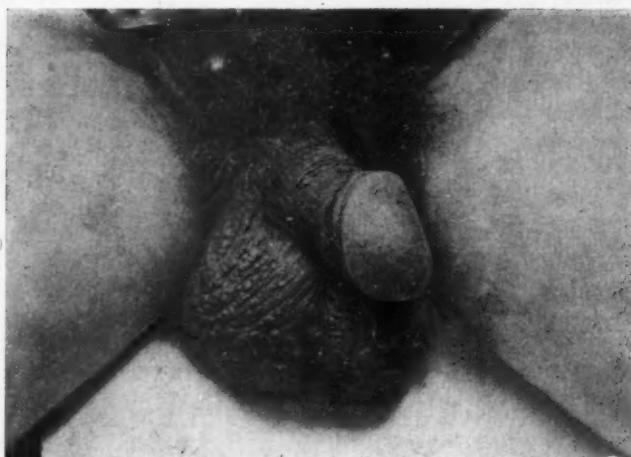
En les regardant de près on voit que leur disposition est nettement vasculaire c'est-à-dire qu'ils sont placés en petits bouquets le long des veines sous-jacentes qui restent visibles.

Dans l'ensemble, ces agglomérats de petites tumeurs occupent une surface égale à la moitié de la paume de la main.

On n'en trouve pas trace sur le reste des bourses (c'est-à-dire la moitié gauche), ni sur les doigts où le malade n'en a jamais eu. Toujours, il raconte qu'il a parfois remarqué à la racine de son nez et sur ses oreilles de petits boutons rouges saignant à la pression, mais durant peu et disparaissant complètement. Il n'en reste d'ailleurs aucune trace actuellement.

A noter que les hémorragies se produisent au niveau des bourses surtout quand le malade fait un excès de vin, si léger soit-il.

Pas de troubles de la vascularisation des bourses. Température



locale normale. Pas de modifications particulières de la pigmentation.

En outre, présence d'hémorroïdes.

Plusieurs des tumeurs sont excisées aux fins d'examen histologique. Les autres sont détruites par cautérisation ignée violente. La cicatrisation se fait normalement, et quelques jours plus tard le malade est guéri.

#### EXAMEN HISTOLOGIQUE (1)

Un élément angiomeux a été examiné. L'examen à faible grossissement ne révèle au niveau de la petite tumeur aucun épaississement

(1) L'examen histologique a été pratiqué par M. le Dr FAVRE, Professeur agrégé médecin des hôpitaux, chef du laboratoire de la Clinique Dermatologique.

de la couche cornée. Le corps muqueux de Malpighi est seul augmenté de volume. En certains points ses cellules sont écartées les unes des autres, les espaces intercellulaires sont élargis et l'on trouve même de petites dilatations, véritables théques intraépithéliales, contenant des cellules mononucléées. On ne voit pas dans la zone sous-papillaire et affleurant l'épiderme de cavités vasculaires comme il est fréquent d'en rencontrer dans certaines variétés d'angiomes. Dans toute la zone superficielle du derme (zone sous-papillaire) on note une infiltration très nette ; le tissu fibreux est réduit à de minces lamelles ; il existe une multiplication des cellules du tissu conjonctif qui donnent à cette région du derme, par leurs anastomoses, une sorte d'aspect réticulé. Les cavités vasculaires sont nombreuses dans cette zone, sans cependant revêtir le caractère angiomeux. La plupart de ces cavités renferment des globules rouges ; d'autres plus minces, en forme de fente, tapissées par un endothélium, sont probablement des fentes lymphatiques.

Cette multiplication des cavités vasculaires, dans un tissu qui présente des signes d'irritation et de prolifération cellulaire, n'offre rien d'anormal, et qui puisse être interprété comme ayant la signification de dilatations angiomeuses.

La lésion réelle apparaît sous la forme de cavités vasculaires profondément situées, entourées d'une paroi épaisse. Ces cavités paraissent être des veines considérablement ectasées, modifiées dans leur structure et tapissées par une couche endothéliale régulière. Dans la plus large de ces cavités il existe une thrombose très étendue en voie d'organisation. Le caillot est constitué par des lits de fibrine enserrant des globules rouges ; il est relié à la cavité vasculaire par des bourgeons d'endophlébite. En quelques points l'organisation conjonctive du caillot est très manifeste. On trouve en effet du tissu conjonctif déjà épais et même des néovaisseaux. A côté de cette veine thrombosée on en trouve d'autres, généralement profondes, bées, dont les parois sont d'épaisseur irrégulière, et qui présentent sur certains points de véritables épaissements prolifératifs.

Dans une veine plus petite, située dans la zone papillaire du derme, le même processus de thrombose vasculaire se retrouve. Il paraît dès lors que ce soit un fait assez général, autant qu'on en puisse juger par l'examen d'un seul nodule.

La lésion présentée par ce malade consiste donc en dilatations et en épaissements des parois des veines et surtout des veines profondes du derme qui montrent en nombre de points des thromboses étendues en voie d'organisation. Le processus n'est donc pas de l'angiectasie simple, mais une véritable phlébite qui donne aux lésions observées dans ce cas une physionomie tout à fait à part. Il s'y associe en outre des signes d'inflammation légère et diffuse du derme dans les zones périphlébitiques et sous-papillaires.

On pourrait croire, après la lecture de cette observation, que si le diagnostic d'angiomérite atypique paraît plausible au

point de vue clinique, l'histopathologie est peut-être en droit de refuser de l'admettre dans le cadre de cette affection. Examinons la valeur de cette opinion.

Le caractère clinique essentiel de l'angiokératome est d'être constitué dans son aspect le plus typique par de petits hémangiomes plans au début et plus tard saillants, recouverts soit par de l'épiderme normal, soit par un épiderme épais, dans lequel de petits caillots, offrant l'apparence de ponctuations rouges et dans la suite de grains noirs sont englobés. L'hyperkératose peut manquer et n'entre pas nécessairement dans la constitution de cette lésion. A bien considérer les faits, les éléments dermatologiques que présentait notre malade au niveau du scrotum étaient en tous points comparables à ceux des descriptions classiques ; même diversité d'aspect des tumeurs, même différence de couleur des points vasculaires suivant l'ancienneté de leur apparition. La présence d'un petit caillot noir au centre des tumeurs, ou d'une ombilication résultant de sa chute sont des signes d'angiokératome, et correspondent, comme dans l'évolution de celui-ci, à la migration de minimes thromboses de la zone papillaire vers la surface épidermique. Cette analogie clinique suffit à elle seule, semble-t-il, à légitimer le diagnostic d'angiokératome, mais ne doit pas nous faire méconnaître les particularités de notre observation.

Sans insister sur l'apparition tardive des lésions, survenues à 40 ans, alors que la maladie de Mibelli est une affection de l'adolescence, ni sur le mode de début qui, au lieu d'être progressif, paraît avoir été brusque, au dire du malade, nous remarquerons que la localisation à une moitié du scrotum n'a pas encore été signalée. Nous ne trouvons dans les auteurs que des lésions de tout le scrotum, ou bien des lésions unilatérales d'une autre partie du corps.

Le prurit se rencontre parfois ; ainsi dans l'observation de Stümpke au début de l'affection (1).

Enfin la disposition des petites tumeurs sur le trajet des veines sous-cutanées donne à l'ensemble des lésions un aspect dont nous n'avons trouvé nulle part la description.

Mais le symptôme vraiment exceptionnel du cas présent est représenté par les hémorragies. Celles-ci fréquemment répétées

(1) STÜMPKE. *Loc. cit.*

furent un jour d'une telle abondance, que le sujet s'en aperçut par la sensation de chaleur humide que lui donna le sang coulant le long de sa cuisse. Jamais les hémorragies ne sont aussi marquées et d'ordinaire on constate seulement la présence de petites hémorragies sous-cutanées ou intra-épidermiques. On sait d'autre part que, piquées, les angiectasies saignent en nappe d'une manière prolongée. Mais les hémorragies spontanées ou par le grattage comme dans notre cas, où elles se produisaient même sous l'influence du plus léger excès de vin, sont exceptionnelles. Nous lisons seulement dans une observation de Fabry (1) que les éléments les plus volumineux éclatent souvent à la suite de traumatismes légers et saignent. Stümpke (2) signale que chez un malade, au cours d'un traitement mercurio-salvarsanique, il constata deux fois la rupture d'un nodule.

De cette brève critique de l'histoire clinique du malade, on peut conclure que malgré certains symptômes particuliers à cette observation — notamment les hémorragies spontanées, — notre cas a droit de cité dans le cadre nosologique de l'angiokératome et plus spécialement dans le deuxième groupe de la classification de Fabry, parmi les angiokératomes néviformes circonscrits, à côté des angiokératomes du scrotum déjà publiés.

Anatomiquement, notre observation s'écarte davantage des descriptions classiques. « La lésion principale de l'angiokératome est une dilatation considérable des capillaires sanguins superficiels qui forment des cavités allongées ou globuleuses. Ces dilatations ampullaires remplissent et dilatent les papilles, refoulent le tissu conjonctif voisin, arrivent à se mettre en contact immédiat avec l'épiderme et peuvent même être presque totalement englobées par lui (Dubreuilh) ». On assiste à la thrombose de certaines cavités; le caillot se dessèche et noircit et arrive à la surface pour former les grains noirs qu'on trouve dans la plupart des angiokératomes et qui existent également dans notre cas.

Le tissu conjonctif du derme, dans l'intervalle et au-dessous des vaisseaux dilatés, présente un certain degré d'infiltration cellulaire (Dubreuilh).

Enfin, d'après Mibelli et Audry, on peut trouver au niveau des lymphatiques des dilatations analogues à celles des vaisseaux sanguins.

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*

Comme dans l'angiomérite typique les coupes de l'élément qui a été examiné dans notre cas montrent une infiltration très nette de la zone sous-papillaire avec hypervasculisation, plus marquées d'ailleurs que d'ordinaire. De plus il existe une ébauche de dilatation des fentes lymphatiques. Par contre on ne trouve pas de modifications des capillaires sanguins des papilles, ainsi qu'il est classique d'en observer. Les vaisseaux lésés — et c'est à leur niveau qu'il faut chercher l'élément anatomo-pathologique capital — sont les veinules de la profondeur du derme. Il se produit en effet un processus inflammatoire phlébitique systématisé aux petites veines du tégument scrotal. Il s'agit là d'un fait très anormal, qui mérite d'être rapproché d'une observation de Leredde et Milian (1) (1898) où ces auteurs signalent chez un malade porteur d'angiomérites des pieds et de la partie inférieure des jambes l'existence d'artérite et de phlébite oblitérante avec lésions principales sur les vaisseaux profonds. Mais il reste encore dans le cas actuel un processus très particulier qui n'est signalé dans aucune observation d'angiomérite : c'est l'organisation conjonctive des caillots intravasculaires.

L'examen microscopique confirme donc le diagnostic d'angiectasies. Il nous permet encore de l'orienter dans le sens de l'angiomérite, en raison du mécanisme de thrombose qui s'est manifesté de façon très anormale, c'est vrai, mais qui est cependant commun à notre cas et aux observations les plus classiques, et aussi en raison de l'élimination du thrombus à travers l'épiderme. Toutefois le caractère très spécial de la lésion histologique principale laisse le champ libre à toutes les discussions.

L'intérêt de cette observation réside d'ailleurs beaucoup moins dans une classification rigoureuse que dans l'étude de sa pathogénie. Il s'agit ici d'une véritable éruption d'angiomes à caractères spéciaux, survenus tardivement sans cause appréciable, dans le domaine de la circulation veineuse du scrotum. Les phénomènes inflammatoires constatés dans le derme, les bourgeonnements des cavités veineuses, le développement de véritables caillots phlébitiques organisés dans celles-ci, font le principal intérêt de cette lésion vasculaire, et nous montrent en activité le

(1) LEREDDE et MILIAN. Tuberculide angiomeuse des membres inférieurs (angiomérite de Mibelli à lésions vasculaires profondes). *Ann. de derm. et syph.*, 1898.

---

processus inflammatoire encore inconnu sous l'influence duquel se sont développées ces lésions. Il y a là une inflammation du tissu vasculaire, et c'est à la préciser et à en reconnaître la cause dans des cas semblables que doivent tendre surtout les recherches ultérieures.

En définitive nous résumerons cette étude en disant que notre observation doit être considérée comme un cas d'angiokératome atypique. Cependant, si par leurs symptômes, les lésions observées ne diffèrent par aucun point essentiel des descriptions connues, elles s'en séparent bien davantage par leur constitution anatomique, au point qu'il paraît légitime de se demander s'il ne convient pas d'inaugurer un groupe nouveau d'angiokératome, où notre observation occuperait la première place.

---

## TRICHOPHTTIE CUTANÉE DE DIAGNOSTIC DIFFICILE

Par le prof. GRAVAGNA (Catane)

S'il est vrai que la trichophytie de la peau soit en général de diagnostic facile, surtout au début de la maladie, par ses caractères objectifs, il existe néanmoins des cas où différents facteurs interviennent à une période avancée, pour rendre le diagnostic difficile : complications diverses, traitement inopportun, lésions unguéales répétées, infections secondaires, etc. C'est que ces diverses complications, modifiant et masquant le véritable aspect de l'infection trichophytique cutanée, peuvent devenir une cause de confusion avec d'autres entités morbides. Seules les recherches précises de laboratoire peuvent, dans ces cas exceptionnels, nous aider à surmonter toutes les difficultés du diagnostic, et nous permettre d'établir indubitablement la nature parasitaire ou non d'une infection cutanée.

L'observation qu'il m'a été donné d'étudier, a précisément nécessité l'emploi d'examen microscopiques et de cultures, pour arriver à préciser la nature parasitaire d'une dermatose, de diagnostic habituellement très simple.

Pierre B., 44 ans, marchand de chevaux et de chiens à Catane, nie toute infection syphilitique ou vénérienne antérieure. Pas d'affection cutanée quelconque avant celle qu'il présente aujourd'hui, et dont il est affligé depuis plus de trois mois. La maladie a débuté par un violent prurit de la région postérieure du cou avec, au dire du malade, l'apparition d'un léger soulèvement cutané. Pour calmer un peu la sensation prurigineuse, le malade en était arrivé à se gratter jusqu'au sang, ce qui peut expliquer la formation de ce soulèvement cutané.

Ces lésions cutanées se sont étendues de proche en proche, malgré les médicaments les plus variées, surtout les préparations à base de soufre et d'eau végéto-minérale qui ne réussirent qu'à augmenter l'irritation, le prurit, l'épaississement et l'inflammation du tégument, jusqu'à lui donner l'aspect qu'il présente actuellement. Tandis qu'il espérait malgré tout voir disparaître bientôt les lésions de la nuque, le malade vit se développer 15 jours après le début de l'affection, au

niveau de la face palmaire (moitié interne) de la main gauche, un soulèvement cutané papuleux, de la dimension d'un sou, fortement prurigineux, de couleur rosée, de forme arrondie, et qui ne tarda pas à se couvrir de petites squames peu adhérentes. — Sur cette nouvelle localisation on renouvela toutes les médications précédentes, sans plus de succès et sans autre résultat qu'une augmentation du prurit avec épaisseissement progressif et induration de toute la zone atteinte. Dans ces tristes conditions, et n'ayant plus confiance dans une guérison aussi aléatoire, il se décida à venir me trouver avec l'espoir de voir mettre un terme à ses souffrances.

Le malade se présente à nous avec une charpente bien développée, un certain embonpoint, des masses musculaires abondantes et de bonne qualité. La peau du visage est de coloration rosée. Les cheveux abondants, frisés, solides ; le front large ; les yeux sans traces de lésions anciennes ou en activité ; les globes oculaires simplement un peu saillants.

*Examen de la cavité bucco-pharyngienne.* — Rien de particulier à noter ici : amygdales, voile du palais, luette, présentent une coloration normale, sans trace d'aucune lésion. La langue, les gencives sont saines, les dents au complet. Rien à noter au niveau de la muqueuse nasale.

L'examen général du tégument sur le sujet nu, ne montre sur la face antérieure du corps aucune pigmentation anormale, aucune cicatrice ancienne ou récente ; la peau est de couleur normale, bien nourrie, non plissée, chaude, avec un abondant pannicule adipeux sous-jacent. Toutes les articulations sont normales. Nulle part on ne trouve de ganglions perceptibles. Les organes génitaux sont sains et bien développés. A la face postérieure l'attention est attirée du côté de la région cervicale, où existent des lésions qui occupent à peu près toute la région et qui méritent d'être décrites en détail. Des lésions identiques existent au niveau de la région palmaire interne de la main gauche.

*Région postérieure du cou.* — Cette région est occupée pour ainsi dire en totalité, par une large plaque rougeâtre qui s'étend en forme de collet jusqu'à 6 centimètres environ de la ligne d'implantation des cheveux, et qui de part et d'autre s'arrête symétriquement selon une ligne droite passant par l'articulation temporo-maxillaire. Cette large plaque paraît résulter de la confluence de plaques plus petites, bien qu'il ne soit pas possible d'établir le point de fusionnement, car il est difficile de noter, en quelque point que ce soit, les bords respectifs de ces petits éléments présumés, qui auraient pu s'unir par confluence. De fait la grande plaque ne permet pas de reconnaître l'aspect de figures plus ou moins rondes, plus ou moins circulaires, adossées ou fusionnées entre elles, pas de contours frangés ni polycycliques. Au niveau de cette grande tache, de forme rectangulaire, fortement rougeâtre, on peut constater, principalement dans la portion centrale, un

épaississement très marqué des tissus : la peau est très infiltrée, fendillée en quelques points, en d'autres présentant de petites vésico-pustules ; en d'autres enfin, et tout particulièrement sur les côtés de la grande plaque, existent de petites squames d'un blanc sale, peu adhérentes, ainsi que çà et là de petites croûtelles brunâtres recouvrant le tissu épais et infiltré de la plaque. Les bords de celle-ci ne sont pas nettement délimités et se confondent graduellement avec le tégument voisin. De couleur brunâtre, ils sont recouverts en partie de petites vésico-pustules, en partie de croûtes facilement détachables.

Au point de vue subjectif, le malade accuse une sensation de constriction au niveau du cou et une douleur prurigineuse qui l'oblige à gratter furieusement sa lésion cutanée — ainsi que l'on peut s'en rendre compte par la constatation de traumatismes unguéaux répétés.

Une lésion identique, rougeâtre, épaisse, dure, rugueuse, infiltrée, existe à la région dorsale interne de la main gauche. Elle a les dimensions d'un écu : c'est une large plaque de forme arrondie, présentant en son centre quelques petites vésico-pustules, et recouverte sur les côtés, de petites squames blanc-sale, peu adhérentes. Les bords sont surélevés, durs, brunâtres, saignant par place à la suite des grattements répétés, en d'autres points présentant de petites coagulations sanguines noirâtres. Les tissus environnants sont de coloration normale.

*Examen des urines.* — Pas d'albumine. Densité : 1022. — Réaction légèrement acide. Sucre : traces indosables.

A l'examen microscopique, on trouve quelques cristaux d'oxalate de chaux, quelques cylindres, des cellules appartenant à l'épithélium de revêtement des premières voies urinaires. Pas d'élément rénal.

L'examen des divers appareils, ne révèle rien de particulièrement intéressant.

*Examen du sang.* — Wassermann absolument négatif.

\*\*

La lésion cutanée que nous venons de décrire, ne présente pas en vérité des caractères cliniques suffisamment précis pour nous permettre de nous orienter convenablement dans le diagnostic différentiel plus ou moins facile, d'une dermatose ou d'une autre. Elle n'offre pas la disposition, les caractères objectifs d'une lésion nettement déterminée, peut-être parce que les traumatismes répétés du grattage, les traitements intempestifs, une infection secondaire, en ont altéré et modifié les caractères élémentaires, pour lui donner au bout d'un temps assez long, un aspect ne rappelant en rien celui d'une dermatose caractérisée. C'est pourquoi, étant donné le caractère prurigineux de l'affection, nous

fûmes tout d'abord amené à penser à quelques-unes des affections ayant quelque point commun avec la dermatose en question. Et de fait, nous pensâmes à une poussée d'eczéma séborréique, à un lupus érythémateux, à un eczéma nummulaire, à une lésion syphilitique, à une folliculite conglomérée, etc. ; mais la symptomatologie, l'évolution, les différents caractères cliniques de chacune de ces entités morbides, présentaient de telles différences avec celles de la lésion en cause qu'aucune de ces hypothèses ne pouvait nous donner satisfaction, et nous ne pouvions nous arrêter à aucun de ces diagnostics. Seule, la folliculite conglomérée pouvait peut-être, vu la quasi-identité des phénomènes morbides (extension de la lésion, infiltration et dureté des tissus, inflammation marquée, présence de vésicules, épaissement et surélévation des bords), n'être pas d'un diagnostic très aisés avec la dermatose en question.

De plus, le violent prurit accusé par le malade ne nous permettait pas d'éliminer d'emblée la folliculite agminée, et nous poussait à des recherches plus approfondies.

Aussi dans le doute, décidâmes-nous de pratiquer des recherches microscopiques, qui nous donnèrent les résultats suivants.

*Recherches microscopiques.* — A l'aide d'un bistouri bien tranchant, stérilisé à la flamme, j'ai râclé la plaque postérieure du cou et celle de la main gauche, sans désinfection préalable, recueillant les produits de râclage dans trois verres de montre rigoureusement stériles. Une partie des produits fut ensuite placée dans des verres de montre contenant de la potasse à 40 o/o, pour être examinée à froid. Le reste servit à la préparation des cultures.

Pour l'examen à froid, on fit des préparations simples, quelques-unes colorées avec une solution d'éosine. L'examen des différents verres, préparés avec les produits prélevés sur les deux plaques, donnèrent des résultats identiques ; dans chacun d'eux on retrouva la présence de grandes spores caractéristiques, peu nombreuses, arrondies, les unes ordonnées en séries linéaires, les autres groupées en petits flots, toutes incolores. Il fut d'autre part facile de noter la présence de filaments mycéliens, distants les uns des autres, en tubes longs, peu ramifiés.

*Cultures.* — Le matériel à examiner, obtenu par ráclage, et conservé dans des verres stérilisés, fut ensemencé un jour après la prise, dans des tubes d'agar glucosé et d'agar maltosé, selon la technique de Sabouraud. Il se développa des cultures typiques de *Trichophyton Violaceum*, reconnaissable dès les premiers jours de son développement comme culture de ce champignon pathogène. Le développement du parasite fut lent ; les colonies apparaissent avec une couleur violette nette, à surface brillante, cannelée, et avec une partie centrale surélevée. Au fur et à mesure du développement, les colonies devinrent plus nettes, plus humides, plus déprimées, plus régulières, tandis que la coloration violette s'atténua et tendait à disparaître.

\* \*

Les recherches microscopiques et les cultures, ont donc révélé la nature parasitaire d'une dermatose qui ne présentait pas cliniquement des signes suffisants pour permettre une interprétation exacte. Il n'y a pas lieu de s'en étonner, étant donné les caractères objectifs étranges et anormaux de la lésion cutanée ci-dessus décrite. Ceux-ci en effet, vu les difficultés du diagnostic, nous avaient conduit au début à envisager l'hypothèse d'une des nombreuses dermatoses présentant quelque ressemblance clinique avec l'affection en cause. Mais nous ne fûmes pas satisfaits de nos recherches touchant ces dermatoses plus ou moins semblables à la nôtre ; aucune d'elles ne nous satisfaisait, et désespérant de trancher le débat — nous recourûmes aux recherches microscopiques et aux cultures pour y trouver un résultat indiscutable.

Et ce résultat, nous l'avons obtenu : Les recherches microscopiques et les cultures ont confirmé le diagnostic entrevu par nous de trichophytie cutanée. Ces recherches indispensables ont non seulement établi la nature parasitaire de la dermatose de notre malade en révélant la présence du champignon pathogène, mais elles ont en outre précisé l'espèce parasitaire, cause de l'affection et qui était le *T. Violaceum*.

# LES ACCIDENTS PRODUITS PAR LES NOVARSÉNOBENZÈNES

## ESSAIS DE CLASSIFICATION ET DE PROPHYLAXIE

par PAUL RAVAUT,  
médecin de l'hôpital Broca.

Les accidents du traitement arsenical sont de moins en moins fréquents depuis qu'à l'ancien 606 on substitue surtout les novarsénobenzènes du type 914, depuis que l'on sait mieux le fabriquer, depuis que l'emploi de solutions moins diluées a fait disparaître toutes les réactions attribuées jusqu'alors à l'eau des solutions ou au sel marin nécessaire pour les rendre isotoniques ; de plus, les réactions dues à l'eau de la solution étant supprimées, il est plus facile de reconnaître la cause de celles qui se manifestent, ce qui n'est pas l'un des moindres avantages de la technique des injections concentrées.

Pour se rendre compte de la fréquence des accidents, il ne faut pas les considérer d'une façon absolue, mais proportionnellement au nombre considérable des injections qui sont pratiquées chaque jour et, pour prendre un exemple, si nous n'envisageons que les cas mortels, nous voyons leur nombre diminuer progressivement. D'après une statistique de Leredde et Jamin, nous voyons :

En 1910, un cas de mort pour	3.000	injections.
En 1911, — — —	8.700	—
En 1912, — — —	18.000	—
En 1913, — — —	54.000	—

Au cours d'une enquête (1) que je fus chargé de faire en 1916 sur les injections arsenicales dans les formations sanitaires, j'ai pu constater qu'en 1914 et en 1915 il avait été fait 94.762 injec-

(1) RAVAUT, Enquête sur les injections intraveineuses de sels arsenicaux (*Archives de médecine et pharmacie militaires*, novembre 1916).

tions sans que l'on ait signalé de décès, et cependant les opérateurs étaient loin d'être tous des spécialistes.

Depuis deux ans, j'emploie à mon dispensaire de l'hôpital Broca la technique des injections concentrées (8 à 10 centimètres cubes d'eau pour toutes les doses), je pratique le traitement mixte arsénico-mercuriel et sur 123.432 injections faites en 1919, 20 et 21 je ne connais qu'un cas de mort (1) dû à un ictère grave arsenical : il aurait pu être évité si l'on n'avait pas eu le tort de prendre pour une hépato-récidive ce qui n'était qu'un banal accident toxique.

Ces incidents et accidents sont de plusieurs ordres ; pour les étudier, nous les classerons d'après ce que nous pensons être à l'heure actuelle leur pathogénie. Nous sommes sûrs d'aller ainsi au-devant de la critique, mais peut-être aussi est-ce la façon la plus pratique de les représenter et d'intéresser davantage le lecteur.

Il nous semble qu'ils peuvent être dus soit à des accidents de technique, soit à des phénomènes réactionnels attribuables à la syphilis, soit à des troubles humoraux, soit à des phénomènes toxiques.

#### 1<sup>o</sup> ACCIDENTS DE TECHNIQUE.

Ils peuvent être *locaux* et provoqués par une faute de technique dans la piqûre de la veine, soit que l'injection ait été en partie poussée dans le tissu cellulaire, soit que l'on transfixe la veine ; il en résulte une douleur immédiate qui doit faire arrêter l'injection. Si, malgré cet avertissement, l'on continue l'injection, il se produit très rapidement de l'œdème, de la rougeur et, dans la suite, peuvent se produire soit une escarre, soit un véritable phlegmon aseptique. Il est facile d'éviter cet accident en s'assurant que l'aiguille est bien engagée dans la veine, ce qui se constate facilement au reflux du sang dans la seringue. Quelquefois un peu de sang peut s'échapper par l'orifice de la piqûre dans le tissu cellulaire et provoquer une petite ecchymose locale qui n'a que l'inconvénient de rester visible quelques jours. Pour éviter ces deux incidents, il faut se servir d'une aiguille assez grosse pour que le sang reflue facilement et assez fine pour ne pas

(1) P. RAVAUT, *Société française de dermatologie*, 27 janvier 1921.

traumatiser la veine ; aussi est-il nécessaire en outre qu'elle pique parfaitement bien. Enfin, si l'on utilise des aiguilles en platine, il faut s'assurer qu'elles ne présentent pas de fuite latérale.

Des fautes de technique peuvent produire des *accidents généraux* comparables aux phénomènes de choc que nous étudierons plus loin. C'est ainsi que si la préparation de la solution est faite trop lentement, ou préparée longtemps d'avance, le médicament s'oxyde au contact de l'air très rapidement et sa toxicité augmente considérablement dans une proportion qui a été étudiée ; il en résulte des réactions parfois très vives. Pour les éviter, il suffit de préparer la solution pour chaque malade, au moment de l'injection, ce qui est très facile avec la technique des injections concentrées, car la dissolution se fait dans le flacon même contenant le médicament. Inversement, une injection poussée trop rapidement peut produire de l'angoisse, de l'accélération du pouls et même des phénomènes congestifs. Comme toutes les injections intraveineuses, il est prudent de les pousser lentement, surtout au début ; avec une seringue contenant 8 à 10 centimètres cubes de liquide, il est possible de pratiquer l'injection aussi lentement qu'on le désire. Chez les sujets qui sont sensibles, il est préférable de prendre au moins cinq minutes par injection, surtout si la dose est élevée.

#### 2<sup>e</sup> PHÉNOMÈNES RÉACTIONNELS DUS À LA SYPHILIS.

Lorsque des médicaments actifs comme le mercure et surtout les sels arsenicaux arrivent au contact des lésions syphilitiques, il se produit des réactions générales et locales qu'il est important de connaître pour savoir les attribuer à leur vraie cause, et surtout pour les éviter.

A. *Comme réactions générales*, nous étudierons surtout la fièvre et la réaction de Herxheimer.

La fièvre consécutive aux injections arsenicales ne se voit que dans certaines conditions, qui toutes comportent une signification (1). Les réactions de la première injection ou des suivantes sont dues à l'action du médicament sur les colonies parasitaires ;

(1) P. RAVAUT et SCHEIKEVITCH, Etude sur un nouveau procédé d'injection du néosalvarsan en solutions concentrées. Technique et réactions (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, n° 4, avril 1913).

elles peuvent être évitées, si l'on fait précédé la première injection de quelques piqûres mercurielles. Les réactions fébriles survenant au cours du traitement indiquent une intolérance viscérale et presque toujours, surtout si elles s'accompagnent de vomissements, d'une céphalée persistante, d'amaigrissement, c'est le système nerveux, ainsi que j'ai pu le prouver par l'examen du liquide céphalo-rachidien. Il faut alors diminuer les doses et ne les augmenter dans la suite que si la fièvre ne se reproduit plus. Les réactions fébriles, chez les malades traités par les injections concentrées de novarsénobenzol, sont assez régulières pour qu'il me semble possible de paraphraser une loi célèbre et de dire : *Chez un syphilitique récent présentant des lésions actives évidentes ou latentes, qui n'a pas été récemment traité, l'apparition d'une réaction fébrile après la première injection à doses suffisantes est la règle, l'absence de réaction fébrile est l'exception. Au contraire, après les injections suivantes, l'absence de fièvre est la règle, l'existence de fièvre l'exception.*

La réaction de Herxheimer se traduit par une poussée congestive qui se fait au niveau des lésions envahies par le spirochète. Elle peut durer de quelques heures à quelques jours. Comme elle se manifeste surtout lorsque la syphilis est généralisée, et qu'elle présente beaucoup d'analogie avec la fièvre, nous la classons parmi les réactions générales, mais cela n'empêche pas qu'elle puisse aussi se manifester sous l'aspect d'une réaction locale. Elle est d'autant plus intense que la lésion est plus étendue et le traitement plus brutal ; selon la fragilité et l'importance des tissus sur lesquels elle porte, ses manifestations sont très variées. Au niveau de la peau c'est de la rougeur, de l'érythème, de la congestion, du suintement, des lésions existant déjà ; au niveau du rein, du foie, ce peuvent être des poussées passagères d'ictère ou d'albuminurie ; au niveau du cerveau, ces réactions peuvent être très graves : elles déterminent de la céphalée, des vertiges, même la perte de connaissance et certains auteurs (Leredde) leur attribuent les accidents quelquefois mortels d'encéphalite ou d'apoplexie séreuse qui heureusement sont de plus en plus rares.

Souvent j'ai constaté des modifications du liquide céphalo-rachidien sur lesquelles j'ai déjà insisté.

Les opinions sur les causes de la fièvre et de la réaction de Herxheimer sont très partagées : les uns les attribuent à la destruction massive des spirochètes par le médicament, d'autres

veulent y voir des réactions de choc local comparables à ceux que nous allons étudier. Je pense qu'il est possible qu'il s'agisse de réactions chimiques qui se passent entre le médicament et les tissus irrités. Quelle que soit la pathogénie, ce qu'il est important de savoir, c'est que l'on peut les éviter en commençant le traitement par des doses faibles incapables de provoquer de réactions, ou en faisant précéder la première injection arsenicale de quelques injections mercurielles de sels solubles ; dans la suite, il ne faut pas mener brutalement le traitement et il faut le ralentir à la moindre alerte.

**b.** Les *réactions locales* dans le traitement de la syphilis par les sels arsenicaux sont très spéciales et méritent d'être étudiées très sérieusement : la plus fréquente est la *neuro-récidive* qui nous servira de type. Dans le même cadre viennent se ranger différents troubles portant sur d'autres viscères ou d'autres tissus et pour lesquels les mêmes considérations sont applicables.

On appelle *neuro-récidives* des lésions portant surtout sur les nerfs crâniens pouvant aller jusqu'à la paralysie, ou bien des phénomènes limités de méningite, survenant insidieusement quelques semaines ou quelques mois après un traitement par les injections arsenicales. Ces accidents furent assez fréquents lors de l'emploi de l'ancien 606 et sont maintenant relativement très rares. J'ai montré (1) qu'ils ne se voyaient que chez les malades dont le système nerveux était antérieurement touché et dont le traitement avait été mal conduit. En effet, le plus souvent, ces neuro-récidives se voient chez des syphilitiques secondaires, n'ayant reçu que quelques injections arsenicales, dont l'on n'a surveillé ni le système nerveux ni les réactions déterminées par les injections et surtout dont le traitement a été trop longtemps suspendu. La guérison n'est le plus souvent obtenue que par la reprise des injections, mais délicatement conduites, à doses lentement croissantes.

Dans plusieurs travaux (2) j'ai essayé d'en ébaucher la patho-

(1) P. RAVAUT, Les réactions nerveuses tardives observées chez certains syphilitiques traités par le salvarsan et la méningo-vasculite syphilitique (*Presse médicale*, n° 18, 2 mars 1912).

(2) P. RAVAUT, Récidives et réinfections après traitement de la syphilis récente par le salvarsan (*Presse médicale*, n° 75, 13 septembre 1913).

génie, et voici comment aujourd'hui me paraît se présenter cette importante question.

Dès la période secondaire, le spirochète atteint presque tous les organes et plus particulièrement le système nerveux, dans une proportion de 80 %, ainsi que je l'ai montré pour la première fois en 1903. Ces chiffres qui, à ce moment, surprennent quelques sceptiques, furent vérifiés dans la suite et maintenant certains auteurs admettent même la constance des atteintes cérébro-méningées dès les premiers stades de la syphilis. Ces localisations déterminent des altérations portant en grande partie sur les vaisseaux; leur importance est d'autant plus grande que, dans les méninges, la circulation capillaire est très fine. Or, si un traitement trop brutal détermine une réaction au niveau de ces lésions, il en résulte des troubles circulatoires pouvant aller jusqu'à l'oblitération des vaisseaux: d'où diminution ou même suppression de l'apport médicamenteux au sein de ces colonies parasitaires. Elles resteront vivantes, alors que celles qui sont facilement atteintes par le médicament seront détruites. Si surtout l'on abandonne à ce moment toute thérapeutique, les parasites ainsi isolés vont continuer à évoluer encore plus facilement et produire, quelque temps après, le trouble nerveux que l'on désigne sous le terme de neuro-récidive; ce sont des lésions en pleine activité, car les ponctions lombaires m'ont toujours révélé de fortes réactions méningées.

Dans le même ordre d'idées, certains *accidents chancriformes*, *simulant des réinfections*, me paraissent se produire par le même mécanisme (1): ils ont été constatés également chez des malades n'ayant reçu que quelques injections arsenicales, puis dont le traitement a été abandonné. Les uns et les autres eurent leur maximum de fréquence au moment où l'on employait le 606, puis diminuèrent parallèlement et sont maintenant très rares avec le 914. Ils ne se voient, en tous cas, que chez les malades récemment infectés; c'est encore là une des conditions de leur

(1) P. RAVAUT Syphilide ulcèreuse chancriforme du gland et du prépuce pouvant être prise pour une réinfection chez un syphilitique traité antérieurement par le 606 (*Société médicale des hôpitaux*, 1<sup>er</sup> mars 1912); Récidive *in situ* d'un chancre syphilitique sous forme de syphilide chancriforme vingt jours après la fin d'un traitement par le salvarsan et le mercure. Confusion possible avec une réinfection (*Annales de dermatologie*, n° 12, décembre 1912).

production. En tous cas, si les réinfections étaient aussi fréquentes que certains veulent le croire, il serait vraiment extraordinaire qu'elles ne se vissent que chez des malades traités par les sels arsenicaux et récemment infectés. Sans nier la possibilité de la réinfection, je la crois très rare ; d'ailleurs, au fur et à mesure que la technique du traitement se perfectionne, il est remarquable de voir diminuer parallèlement le nombre des neuro-récidives et des réinfections, alors qu'au contraire ces dernières devraient être de plus en plus fréquentes puisque les malades sont mieux traités.

Si maintenant l'on veut essayer d'approfondir le mécanisme suivant lequel se fait l'isolement plus ou moins complet de la colonie, il nous faut envisager deux hypothèses : ou bien, un traitement trop brutal provoque, au niveau d'un fin vaisseau déjà irrité, une réaction inflammatoire qui en diminue la circulation ; ou bien il faut invoquer un processus purement mécanique et faire jouer un rôle aux précipités qui se forment dans le sang à la suite de certaines injections arsenicales. Déjà, dans trois mémoires publiés en 1913, j'avais indiqué l'intérêt qu'il y avait à éviter les précipités qui peuvent ainsi obstruer des capillaires déjà lésés. Des travaux très précis de Fleig (1) avaient montré que l'ancien 606, dont les solutions étaient si facilement précipitables par défaut d'alcalinisation, déterminaient chez le lapin, par ce mécanisme, des phénomènes rappelant les crises nitritoïdes et l'encéphalite aiguë ; en effet, ces accidents étaient surtout fréquents avec l'ancien 606, et Emery, Milian avaient bien vu qu'ils étaient en rapport avec un défaut d'alcalinisation, car les solutions acides forment dans le sang des précipités. Avec l'apparition du néosalvarsan, les erreurs d'alcalinisation furent supprimées et les accidents diminuèrent également, mais se virent cependant chez quelques malades spécialement prédisposés. D'après M. Danysz (2), l'excès de phosphates dans le sang de certains individus provoque une précipitation dans l'économie des solutions de novarsénobenzol. On conçoit ainsi que le précipité puisse bloquer la circulation dans de fins vaisseaux, surtout si le calibre en est déjà diminué par des lésions antérieures.

(1) FLEIG. La toxicité du salvarsan, 1914.

(2) DANYSZ. Les propriétés physico-chimiques des produits du groupe des arsénobenzènes. Leurs transformations dans l'organisme (*Annales de l'Institut Pasteur*, mars 1917).

A côté du rôle nocif des précipités auquel l'on fait jouer actuellement un rôle de plus en plus grand en pathologie, je me demande si des réactions chimiques locales n'entrent pas également en jeu. En particulier, ainsi que je l'ai déjà supposé (1), il se pourrait que des actes d'oxydation interviennent, car on sait qu'au niveau des foyers inflammatoires les ferment oxydants sont abondants et susceptibles, par ce fait même, d'oxyder *in situ* le médicament ; de ce conflit pourraient naître des réactions susceptibles d'altérer et même d'oblitérer de petits vaisseaux capillaires.

Si nous avons insisté sur ces faits, c'est parce qu'ils ont une très grosse importance dans le traitement initial de la syphilis par les sels arsenicaux et qu'ils en représentent le point le plus délicat ; c'est aussi, même si leur pathogénie n'est pas complètement éclaircie, parce qu'ils nous fournissent des indications pratiques sur la direction du traitement et les moyens d'éviter ces accidents. Il faut surtout se rappeler que le système nerveux des syphilitiques en période secondaire représente un point de moindre résistance ; il ne faut pas le brutaliser par un traitement initial trop violent ; il faut en noter avec soin les réactions sous l'influence de la répétition des injections ; il ne faut pas non plus, par l'abandon trop rapide du traitement, laisser à son niveau des colonies parasitaires encore vivaces et susceptibles de se réveiller tout à coup. Il faut le surveiller avec soin et la ponction lombaire nous donne des renseignements très précieux sur l'existence et l'évolution de ces foyers méningo-vasculaires. Ces faits nous montrent clairement qu'un traitement insuffisant peut être quelquefois plus nuisible qu'utile.

D'ailleurs, grâce aux progrès de la fabrication du médicament, de la technique des injections, de la conduite du traitement, ces accidents ont considérablement diminué de nombre, et la connaissance de leur pathogénie nous fournit en même temps le moyen de les éviter et de les traiter, s'ils se produisaient.

En revanche, si ces accidents nerveux sont plus rares, il en est d'autres, que certains voudraient toujours voir relever de cette même pathogénie. Ce sont ceux que l'on a désignés sous le nom d'hépato-récidives. Comme les précédents, ils apparaissent plu-

(1) P. RAVAUT, L'importance des traitements internes en dermatologie (*Presse médicale*, n° 8, 28 janvier 1920).

sieurs semaines après la cessation du traitement ; ils se manifestent par des troubles gastro-intestinaux, des signes d'hépatite et l'apparition d'un ictere plus ou moins intense ayant les caractères d'un ictere infectieux. Ils durent de quelques jours à quelques semaines et ne sont en général pas très graves ; ils peuvent disparaître spontanément. La pathogénie de ces accidents a été très discutée : les uns admettent que tous les ictères ou les hépatites apparaissant au cours du traitement arsenical sont des hépatites syphilitiques ; les autres, au contraire, qu'il ne s'agit que d'hépatites toxiques. Dernièrement, M. Milian, qui soutient vigoureusement l'origine syphilitique de ces ictères, écrivait (1) : « Lorsqu'un ictère survient plusieurs semaines après l'arsénobenzol sans autre symptôme que les signes d'un ictère par rétention, sans fièvre ou avec fièvre modérée (38 ou 38°,2), avec modifications variables du volume du foie ou de la rate, il s'agit toujours de syphilis hépatique. Le traitement de choix consiste dans l'administration nouvelle de l'arsénobenzol ». J'estime qu'en pareille matière une opinion aussi absolue peut être dangereuse par ses conséquences et je crois qu'il faut être éclectique : il est certain que quelques-uns de ces ictères sont d'origine syphilitique, mais que le plus grand nombre est d'origine toxique. Il y a des hépato-récidives comme il y a des neuro-récidives. Si ces ictères étaient toujours syphilitiques, il serait bien étonnant de les voir apparaître en série, et constater leur fréquence à certaines périodes, car jamais l'on ne vit autant d'ictères après le traitement arsenical que dans ces temps derniers, alors qu'au contraire celui des neuro-récidives diminue constamment. Ne pouvant insister sur toutes les discussions auxquelles a donné lieu cette question, nous essaierons d'indiquer la règle de conduite qui nous semble la plus prudente. S'il est prouvé qu'il s'agit d'un ictère syphilitique comme ceux que l'on peut voir au début de la syphilis, ou chez un malade dont le traitement est suspendu depuis longtemps, dont la réaction de Bordet-Wassermann est positive, l'on peut appliquer le traitement arsenico-mercuriel ; mais il s'agit d'ictère survenant au cours ou quelques semaines après un traitement arsenical, je crois qu'il faut être très prudent, car s'il existe des cas d'hépato-récidives, il en est d'autres dont la nature toxique ne fait pas de doute et pour lesquels la reprise

(1) MILIAN, *Paris médical*, n° 2, 8 janvier 1921.

du traitement arsenical est dangereuse et même mortelle. M. Lacapère (1) et moi-même (2) en avons publié plusieurs cas. M. Emery (3) a schématisé la question en écrivant : « Au cours du traitement de la syphilis par les arsénobenzènes et surtout le néo, l'ictère par nocivité médicamenteuse est la règle et l'ictère par hépato-récidive l'exception ». Aussi conseillons-nous de commencer le traitement de ces cas douteux par le mercure et de ne donner de l'arsenic que plus tard, si l'on est sûr qu'il ne s'agit pas d'un accident toxique.

D'autres organes ou d'autres tissus peuvent être le point de départ de récidives survenant quelque temps après un traitement arsenical ; ils relèvent de la même pathogénie que les neuro-récidives, mais là encore il faut être prudent dans leur interprétation et savoir distinguer la récidive syphilitique de l'accident toxique.

### 3<sup>e</sup> PHÉNOMÈNES DUS A DES TROUBLES HUMORAUX.

Dès le début de la médication par les arsénobenzènes en février et novembre 1911, j'ai signalé l'apparition brusque d'accidents spéciaux (phénomènes congestifs, phénomènes nerveux, érythèmes, urticaire, etc.) que, dès cette époque, je n'ai pas hésité à rattacher au choc humoral et à les opposer aux accidents d'ordre toxique. En effet, dans une première observation publiée avec M. Weissenbach (4) je relatais l'histoire d'un malade chez lequel une injection intraveineuse de 606 détermina des « accidents graves caractérisés par de l'asthénie intense, de la congestion de la face et des conjonctives, de la dyspnée, une sensation très pénible d'angoisse et de défaillance cardiaque, de l'accélération du pouls, phénomènes qui, à l'exception des vomissements et des douleurs intestinales, disparaissent rapidement ». Un peu plus loin, nous ajoutons : « *Il ne s'agit ni de défaut technique, ni de phénomènes toxiques car, si le début des phénomènes d'intoxication peut être rapide, l'évolution en est au contraire plus*

(1) LACAPÈRE, *Le traitement de la syphilis par les composés arsenicaux*, 1 vol. Masson, édit. ; Paris, 1920, p. 109.

(2) P. RAVAUT, *loc. cit.*

(3) EMERY, *Le traitement actuel de la syphilis*, 1 vol. Baillière, édit., Paris, 1921, p. 102.

(4) P. RAVAUT et WEISSENBACH, *Phénomènes d'intolérance rappelant le choc anaphylactique observés chez un malade ayant reçu quatre injections d'arsénobenzol* (*Gazette des hôpitaux*, n° 18, 14 février 1911).

*lente, plus prolongée et ne disparaît pas en quelques heures, sans laisser de traces, comme nous l'avons observé chez notre malade.*». Nous comparions ces manifestations à celles du choc anaphylactique, mais, pour différents motifs, nous n'avons pas osé les assimiler ; aussi avons-nous eu soin de mettre dans le titre de notre observation : « Phénomènes d'intolérance, rappelant le choc anaphylactique ». Quelques mois plus tard, dans une communication à la Société des hôpitaux (1) groupant certains accidents nerveux graves, certaines manifestations cutanées comme des érythèmes, des éruptions urticariennes consécutives aux injections arsenicales, j'insistais sur leur origine humorale et j'écrivais qu'il est possible que chez certains malades « il se produise, du fait d'un humorisme spécial, une décomposition du médicament ou des modifications humorales encore mal connues, que nous n'aurions pas hésité, il y a quelques années, à ranger dans le cadre des idiosyncrasies ». Dès ce moment, j'assimilais ces accidents à ceux de l'anaphylaxie et l'avenir a montré que pour certains d'entre eux, cette origine peut être invoquée ; pour d'autres, cette pathogénie est peut-être discutable. Cette opinion a été partagée également par de nombreux auteurs français et étrangers. Depuis lors, les beaux travaux de mon maître Widal sur les hémoclasies et les colloïdochlasies ont éclairci singulièrement la question en montrant que si l'anaphylaxie et le choc humorale peuvent avoir des manifestations cliniques et biologiques souvent comparables, il est nécessaire de savoir les distinguer les uns des autres. Si comme le pense M. Widal il ne s'agit pas là de phénomènes anaphylactiques, ce qu'il est important de comprendre, c'est que certains accidents consécutifs aux injections d'arsénobenzènes sont le résultat d'un trouble humorale et doivent être distingués des accidents toxiques ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer en 1911. Aussi bien que cette question ne soit pas encore élucidée complètement nous nous croyons autorisé à attribuer à des troubles humoraux un certain nombre des accidents consécutifs aux injections des arsénobenzènes.

Ne pouvant les classer d'après une pathogénie encore discutée, nous les étudierons surtout d'après leur évolution : en effet les

(1) P. RAVAUT. Sur un type spécial d'accidents nerveux et cutanés survenant brusquement de trois à cinq jours après la seconde injection de 606. Leur rapport avec l'anaphylaxie (Société des hôpitaux, n° 32, 17 novembre 1915).

uns sont inconstants, ne se reproduisent pas fatalement, peuvent apparaître à la première injection et sont facilement évités ou corrigés par différentes interventions thérapeutiques ; les autres sont permanents, n'apparaissent qu'après plusieurs injections, se reproduisent et même augmentent à chaque injection et sont difficilement évitables. L'injection sous-cutanée ou intramusculaire peut les provoquer tout aussi bien, ce qui montre qu'il ne s'agit pas de choc colloidal ; ce sont de véritables phénomènes de sensibilisation. Bien que se manifestant souvent par les mêmes symptômes et des réactions biologiques analogues, nous rattachons les premiers à la colloïdocholie et les seconds à l'anaphylaxie. C'est en nous basant sur cette division que nous les passerons rapidement en revue, ne pouvant nous étendre sur leur description bien connue.

a) *Les phénomènes transitoires* apparaissent en général dès le début de l'injection. Ce sont des nausées, pouvant être suivies de vomissements, et même quelquefois d'état syncopal : ce sont des sensations de fourmillement dans les membres et les extrémités, des douleurs abdominales avec barre épigastrique, de la diarrhée ; chez d'autres enfin c'est un goût d'éther dans la bouche, le nez, avec picotements de la langue, salivation et gonflement des lèvres ; ils s'accompagnent souvent d'augmentation de la rapidité du pouls et surtout de la respiration ; aussi l'accélération de ces mouvements est, à mon avis, un signe d'alerte qu'il faut rechercher. Dès que chez un malade je constate un de ces phénomènes, surtout le goût d'éther et l'accélération de la respiration, j'arrête l'injection jusqu'à leur disparition. Ces incidents sont en général peu graves, mais précèdent souvent l'apparition de phénomènes plus sérieux ; ils indiquent en tous cas la prudence, le ralentissement de l'injection, sa suspension momentanée et même quelquefois sa cessation.

D'autres fois, ce sont des phénomènes congestifs pouvant débuter au cours de l'injection ou apparaître quelques minutes après qu'elle est terminée ; les malades deviennent rouges, écarlates, les conjonctives se congestionnent, sur les téguments se voient des placards érythémateux ; ces phénomènes de vaso-dilatation s'accompagnent de sensation de gêne respiratoire, d'angoisse et de crainte de mort imminente. Cette crise que j'avais décrite dans l'observation rapportée plus haut (11 février 1911), et que j'attribuais à un choc humorale, a été également décrite

presque en même temps par M. Milian (1) ; il l'avait comparée aux phénomènes congestifs produits par la respiration du nitrite d'amyle, d'où le nom de crise nitritoïde qu'il lui donna plus tard. Elle peut être légère et ne durer que quelques instants ; elle peut être assez grave et persister pendant une heure et même plus ; elle peut être très grave, s'accompagner de perte de connaissance, de stertor, de convulsions, de coma et s'est aussi terminée par la mort. Si les petits incidents ne sont pas rares, mais souvent sans gravité, les cas mortels sont maintenant exceptionnels et nous en avons donné la proportion décroissante précédemment.

A côté de ces accidents, nous placerons certains phénomènes éruptifs passagers, comme de légers érythèmes, de l'urticaire, des crises d'éternuement et même des phénomènes dyspnéiques à type asthmatique ; chez d'autres malades, l'on constate de petites hémorragies et même du purpura. Pour certains auteurs, l'apoplexie séreuse serait à rapprocher de ces accidents ; pour d'autres, elle fait partie de la réaction de Herxheimer.

Les causes de ces manifestations sont extrêmement variées. La technique peut jouer un rôle et c'est ainsi qu'ils étaient beaucoup plus fréquents lorsqu'on employait l'ancien 606 en injections diluées trop acides, car à la nocivité de l'eau et du sel marin s'ajoutait celle du médicament ; la technique des injections concentrées ne peut en favoriser l'apparition que si, chez certains malades, ou avec certaines séries de médicaments spécialement congestifs, l'on ne prend pas la précaution de les injecter lentement, en quelques minutes, ce qui est très possible si l'on ne se laisse pas entraîner par la facilité et la simplicité de la technique. On peut, avec une seringue, beaucoup plus facilement que par tout autre procédé, injecter la dose par petites fractions, ce qui évite parfois des réactions.

Certaines marques de médicament, ou certaines séries d'une même marque sont spécialement congestives, mais encore faut-il que l'état du malade s'y prête, car, dans une série de sujets injectés avec la même série de fabrication, certains seront indisposés et d'autres ne présenteront aucun accident.

Enfin, certains malades sont spécialement prédisposés à ces accidents ; cette sensibilité peut n'être que temporaire et résulter

(1) MILIAN, Discussion à propos de sa communication sur « les doses de 606 » (*Bulletin de la Société de dermatologie*, n° 2, 2 février 1911, p. 85).

d'une fatigue, d'un surmenage momentané, même tout récent ; aussi est-il préférable que les malades ne se fatiguent pas pendant les heures qui précéderont l'injection ; chez d'autres, elle résulte d'un trouble des fonctions hépatiques (Leredde) ou surrenales (Milian) ou d'autres glandes vasculaires sanguines (Lortat-Jacob).

Comme on le voit, il est impossible d'attribuer à un facteur bien déterminé la cause de ces accidents. Leur mécanisme est encore très obscur. Si certains auteurs ont pu attribuer autrefois les phénomènes d'anaphylaxie (Friedberger) à des précipitations intravasculaires, ainsi que le signale déjà le professeur Richet dans son beau livre sur l'anaphylaxie, d'autres, s'appuyant sur la coïncidence entre la constatation de précipités dans le sang des malades injectés avec des solutions acides de 606 et l'apparition de phénomènes congestifs, n'ont pas hésité à attribuer à des précipités divers la cause de la plupart des phénomènes de choc et plus particulièrement ceux qui nous intéressent en ce moment. La formation de ces précipités serait favorisée par des modifications de l'alcalinisation ou de l'acidité des humeurs, ou sous l'action des fonctions phénols des médicaments (Jeanselme et Pomaret). La constance de ces accidents à la suite des injections trop acides de l'ancien 606 montrent, comme une véritable expérience de laboratoire, le rôle de l'acidité dans leur production. Pour ma part, partisan depuis longtemps de l'origine humorale de ces accidents, j'avais étudié le rôle des précipités et de l'acidité des humeurs ; par des constatations cliniques et des expériences que je fis avec M. Rabreau, je pus me convaincre que ces facteurs ne sont pas toujours suffisants, mais qu'en revanche les phénomènes d'oxydation, soit qu'ils portent sur le médicament, soit qu'ils soient déterminés par l'humorisme du malade lui-même, jouent un rôle beaucoup plus important et sur lequel nous reviendrons plus tard.

Quoi qu'il en soit, il est impossible de reconnaître à ces accidents une origine fixe et bien déterminée, car ils dépendent de plusieurs facteurs, varient d'un malade à l'autre, et même, chez le même malade, d'une injection à l'autre. Il faut donc d'abord essayer de déterminer s'ils proviennent du malade, du médicament ou même d'une faute de technique, car un médicament oxydé par une préparation trop lente ou défectueuse peut produire des accidents semblables.

S'il est prouvé par l'observation d'autres malades chez lesquels il a produit les mêmes effets, que le médicament a déterminé ces accidents, il suffit de changer soit le numéro de la série, soit la marque du produit ; c'est pour cela qu'il est absolument nécessaire de noter à chaque injection le numéro de la série à laquelle appartient la dose injectée.

S'il est prouvé, par la répétition des accidents à chaque injection, que c'est du malade lui-même qu'ils dépendent, il faut ou changer la marque du produit injecté ou essayer les méthodes qui ont été proposées pour prévenir ou faire disparaître ces accidents de choc et en particulier les crises nitritoïdes.

Dans ce but, M. Milian (1) a depuis 1913 proposé l'emploi de l'adrénaline, soit comme moyen préventif à la dose de 1 mgr. et même beaucoup plus par la bouche ou en injection sous-cutanée, une demi-heure avant l'injection, soit comme moyen curatif dès qu'apparaissent les accidents ; selon leur gravité, les doses seront plus ou moins fortes et répétées selon les nécessités. S'il ne faut pas craindre d'user de l'adrénaline, il ne faut pas croire non plus qu'elle soit infaillible ; chez certains malades qui n'ont que des réactions très faibles, elle détermine parfois une telle pâleur avec asthénie, tremblements, sensation d'angoisse que certains préfèrent la légère réaction de l'injection à ces malaises parfois très pénibles. Pour suppléer à ces défaillances et à ces inconvénients de l'adrénaline, l'on a proposé l'emploi des procédés qui réunissent quelquefois pour empêcher le choc anaphylactique. C'est ainsi que l'on a essayé l'atropine, l'éther (Kopaczewski), l'hyposulfite de soude (Ravaut, Lumière), le carbonate de soude (Sicard), les alcalins à haute dose, etc. ; on a tenté la vaccination préventive par injection de quelques centigrammes une demi-heure avant l'injection ; j'ai obtenu quelquefois de bons résultats en faisant prendre par voie buccale 5 ou 10 centigrammes de médicament une heure avant l'injection. Tout récemment M. Sicard a proposé de faire l'injection en deux temps, mais en maintenant le lien sur le bras pour éviter la diffusion trop rapide du médicament : dans un premier temps il injecte quelques centigrammes dans la veine et enlève le lien quelque temps après ; dans un second temps il injecte, en répétant la même manœuvre,

(1) MILIAN L'adrénaline antagoniste du salvarsan (*Société de dermatologie*, 6 novembre 1913).

la dose totale. Ce procédé de *topophylaxie* lui aurait permis de pouvoir injecter sans réaction des malades très sensibles. Pour d'autres, des moyens plus simples seraient également efficaces : c'est ainsi que pour M. Gastou il suffirait de mélanger à plusieurs reprises le médicament et le sang dans la seringue et que pour M. Belgodère il suffirait de faire l'injection dans un vaisseau éloigné du cœur ou du cerveau, dans une veine de la jambe, par exemple.

Il est impossible de se prononcer actuellement sur la valeur de ces procédés : tous ont eu des succès et tous des échecs ; l'inconstance et l'irrégularité des accidents ne permettent pas d'en apprécier à coup sûr l'efficacité ni la constante nécessité, car il arrive fréquemment que, si l'on cesse l'emploi de la médication que l'on croit préventive, l'on constate avec surprise que le malade ne présente aucune réaction. Rien ne prouve mieux l'intermittence de ces accidents dont la cause peut varier à chaque injection.

b. A ces réactions passagères et transitoires nous opposons celles qui sont *permanentes* ; elles ont pour caractère de se reproduire à chaque injection, même si les doses sont abaissées, même si l'on change la marque du produit, même si l'on prend des précautions préventives ; souvent elles augmentent d'intensité si l'on persiste, même en injectant de faibles doses, et les moyens curatifs qui réussissent dans les cas précédents restent la plupart du temps sans effet. Ces accidents rappellent dans leurs manifestations certains de ceux que nous venons d'étudier, mais leur grand caractère c'est de se reproduire constamment chez le même malade qui paraît alors véritablement sensibilisé. Ils sont remarquables par la constance du type de leurs manifestations et le temps de leur apparition ; ils éclatent un temps variable après l'injection, mais toujours le même pour chaque malade ; chez un même malade, ce sont toujours les mêmes réactions qu'ils provoquent : fièvre, tremblements, crises congestives, urticaire, érythèmes, vomissements, hémorragies, purpura, etc... Une fois le malade ancré dans un type de réactions, il y reste fidèle, même si l'on change la marque du produit injecté. Quelquefois en abaissant considérablement les doses, on peut les atténuer et l'on détermine pour chaque malade une dose limite que l'on ne peut dépasser et qui va même en décroissant si l'on persiste dans le traitement.

Chez certains, ces accidents sont tellement violents et, malgré

toutes les tentatives pour les éviter, reviennent avec une telle constance qu'il est préférable de cesser la médication arsenicale ; chez d'autres, il est possible, en tâtonnant prudemment, en changeant de produit, en abaissant les doses, en essayant tel ou tel moyen préventif, d'arriver à faire tolérer tant bien que mal de petites doses d'arsenic, mais l'on n'est jamais en sécurité. Dans ces cas, les moyens qui m'ont le mieux réussi sont l'adrénaline, la vaccination préventive faite par voie buccale en faisant absorber, une heure avant l'injection, 10 centigrammes du médicament, et le changement de marque du produit : c'est ainsi qu'un malade qui supporte mal le novarsénobenzol supportera mieux quelquefois un novarsénobenzène d'une autre fabrication ; souvent, nous avons constaté que dans ces conditions, le Silbersalvarsan était mieux supporté que tout autre. Quelquefois, on est obligé d'abaisser tellement les doses qu'on pourrait les croire inefficaces et qu'il semblerait préférable de ne pas courir le risque d'une réaction, mais je crois que, si ces malades sont sensibles à l'effet nocif, ils le sont également à l'effet thérapeutique : une petite dose qui, chez un individu normal, serait sans action, peut devenir chez eux très active. Il se produit, dans ces cas, des phénomènes chimiques que l'on peut, je crois, rapporter à des phénomènes d'oxydation et qui me paraissent très importants.

Il semblerait rationnel que chez ces malades les injections intramusculaires fussent mieux supportées : il n'en est rien ; quelle que soit la voie d'administration, ils ont des réactions plus ou moins vives, en rapport avec leur sensibilisation. Ces phénomènes d'intolérance sont en rapport avec des propriétés acquises et souvent définitives du sérum. Il me semble difficile de ne pas les faire rentrer dans le cadre de l'anaphylaxie.

#### 4<sup>e</sup> PHÉNOMÈNES TOXIQUES.

Ils se distinguent des accidents précédents par l'époque de leur apparition : ils sont en effet plus tardifs et ne se manifestent qu'après plusieurs injections : ils ne sont ni déterminés, ni augmentés par le choc même de l'injection. Chez certains malades, ils sont relativement précoces si les organes sur lesquels frappe l'intoxication sont déjà altérés ; chez d'autres, ils sont beaucoup plus tardifs et peuvent n'apparaître qu'un temps assez long après la cessation du traitement.

Enfin je crois qu'il faut plutôt considérer comme des phénomènes de choc les réactions passagères, durant à peine quelques heures, que l'on constate à la suite immédiate des injections : c'est ainsi que la fièvre passagère, l'uropathie, un léger subictère, une faible poussée érythémateuse ou urticarienne, et même un peu d'albuminurie peuvent se voir à la suite d'une injection mal préparée, faite avec un médicament de mauvaise fabrication, et ne plus se reproduire aux injections suivantes si l'on prend les précautions nécessaires.

Je range ces petits incidents dans les phénomènes de choc, car ils sont éphémères, accidentels et ne ressemblent en rien aux accidents toxiques que nous allons passer en revue.

Les plus fréquents sont ceux qui se manifestent au niveau du foie et du revêtement cutané.

En général, l'hépatite toxique d'origine arsenicale apparaît quelques jours après une série d'injections ou au cours du traitement ; elle se manifeste par tous les symptômes d'un ictère catarrhal ordinaire et il n'y a guère de signes qui permettent de distinguer l'hépatite toxique de l'hépatite syphilitique ou même de l'ictère infectieux ordinaire. Nous avons déjà rapporté plus haut, à propos des hépato-récidives, l'opinion de M. Milian admettant que ces hépatites consécutives au traitement arsenical sont toujours syphilitiques et représentent des récidives qu'il faut traiter par des sels arsenicaux ; d'autres, au contraire, reconnaissent non seulement la possibilité, mais la grande fréquence de ces hépatites toxiques. Ils en donnent comme preuves que certaines séries médicamenteuses semblent plus toxiques et plus ictérogènes les unes que les autres, que souvent ces ictères sont aggravés par la reprise du traitement arsenical ainsi que nous l'avons déjà signalé précédemment, que l'ictère enfin peut apparaître chez des malades qui n'ont pas la syphilis. L'épreuve du choc protéopexique, proposée récemment par MM. Widal et Abrami (1), a apporté sa contribution à l'étude de ces faits, en montrant la haute toxicité du salvarsan pour le foie qui présente, de façon constante, au cours du traitement par les arsénobenzènes et longtemps après lui, un état léger d'insuffisance fonctionnelle. Quoi qu'il en soit, en raison des conséquences parfois très graves

(1) T. VIDAL, ABRAMI et IANCOVESCO, L'épreuve de l'hémoclasie digestive dans l'étude de l'insuffisance hépatique (*Presse médicale*, n° 91, 11 décembre 1920).

que peuvent avoir ces hépatites, je crois prudent de ne pas les traiter toujours et systématiquement par les sels arsenicaux comme le conseille M. Milian, mais de recourir au mercure et même parfois de suspendre tout traitement. On ne peut donner de règles fixes à ce sujet, mais j'ajouterai que dans ma clientèle j'emploie toujours le traitement mixte arsenico-mercuriel et je n'ai jamais vu un seul cas d'ictère imputable soit à la syphilis, soit à l'intoxication.

Les accidents toxiques portant sur *le revêtement cutané* sont représentés par des érythèmes persistant rappelant les érythèmes toxiques, en particulier les érythrodermies provoquées par le mercure : ils sont généralisés, évoluent par poussées, sont souvent très prurigineux, durent parfois longtemps et se terminent ordinairement par une abondante desquamation ; d'autres fois, l'éruption est encore plus intense et rappelle tout à fait certaines dermatites exfoliatrices. Je crois que personne ne discute sur la nature toxique de ces accidents qui comportent la cessation immédiate du traitement ; je pense (1) qu'ils résultent souvent d'une altération du médicament par suite d'un humorisme spécial, en particulier de l'intensité de certaines réactions oxydantes ; aussi ai-je pu traiter avec succès quelques malades par l'injection intraveineuse ou l'ingestion de corps réducteurs, comme l'hyposulfite de soude, aux doses de 5 à 10 grammes par jour, à condition que cette intervention thérapeutique ne fut pas trop tardive.

Enfin, comme accident toxique moins fréquent, je citerai l'*albuminurie* : elle est très rare au cours des cures arsenicales ; elle est surtout l'accident du traitement mercuriel. De même, chez certains malades, les séries d'injections arsenicales, au lieu de déterminer l'euphorie bien connue, sont suivies parfois de pâleur, d'anémie, d'amaigrissement, de sécheresse de la peau, en rapport certainement avec des troubles toxiques. Enfin j'ai été frappé de constater la fréquence de l'hyperalbuminose rachidienne isolée, chez des syphilitiques n'ayant reçu que des sels arsenicaux comme traitement ; je ne suis pas encore fixé définitivement sur la signification de cette constatation que, jusqu'à preuve du contraire, je considère comme un signe d'intoxication ou d'altération des centres nerveux.

Il faut surtout tâcher de prévoir les accidents toxiques et, si

(1) P. RAVAUT, *loc. cit.*, p. 76.

l'on craint leur apparition, suspendre ou même cesser le traitement arsenical, et continuer le traitement mercuriel ; n'ayant pas les mêmes déterminations toxiques, ces deux médicaments se suppléent parfaitement et mieux encore s'associent, comme le prouvent les excellents résultats du traitement mixte arsenico-mercuriel.

S'ils se manifestent, en dehors des soins spéciaux qu'indique la localisation de l'intoxication, je crois utile l'administration de corps réducteurs, comme l'hyposulfite de soude, car je pense que des actes d'oxydation entrent en jeu dans la production de ces accidents. En tous cas, il faut être prudent, savoir apprécier si le plus grand danger vient de la syphilis ou des risques de l'intoxication, et choisir la ligne de conduite qui semblera la moins nocive pour le malade.

En résumé, il résulte de cette rapide étude des accidents du traitement arsenical que, par l'observation, la plupart peuvent être prévus et évités, mais que d'autres constituent de véritables surprises car ils résultent d'altérations médicamenteuses ou de modifications humorales momentanées que l'on ne peut ni déceler ni prévoir. De plus, beaucoup d'entre eux, bien qu'ayant une origine différente, se traduisent souvent par les mêmes symptômes : c'est ainsi que la fièvre, l'ictère, les phénomènes de choc, etc., peuvent provenir tantôt du médicament, tantôt du malade, tantôt de la maladie elle-même ; chez le même malade, la cause de la réaction peut même changer d'une injection à une autre. Il est donc extrêmement important, en présence de réactions, d'étudier chacun des éléments qui peuvent entrer en jeu, de savoir distinguer celles qui sont accidentelles, passagères, de celles qui sont permanentes, se reproduisent à chaque injection et ont une étiologie bien définie. Ces accidents sont heureusement de plus en plus rares et les progrès de la technique, des moyens d'investigation et d'étude arriveront certainement à les faire disparaître complètement.

# LICHEN SIMPLE CIRCONSCRIT AVEC DÉCOLLEMENTS SACCULAIRES CUTANÉS ET NODOSITÉS JUXTA-ARTICULAIRES

par P. NOËL  
Médecin des troupes coloniales.

Es... nègre de race Yaoundé (Cameroun), âgé de 50 ans environ. Vient au dispensaire pour une lésion cutanée prurigineuse occupant les organes génitaux et la partie supérieure des cuisses, et datant, dit-il, d'un an.

Toute la région génitale, le triangle de Scarpa, la partie supéro-interne des cuisses présente un vaste placard lichénifié. La peau est grisâtre, épaisse, sèche, quadrillée de plis séparant des éléments rectangulaires ou lozangiques lisses. De chaque côté, occupant le haut de la cuisse depuis le pli inguinal, dans le triangle de Scarpa et en dedans de lui, la peau est décollée et très agrandie, formant une vaste poche retombant en larges plis longitudinaux, comme un scrotum déshabillé, poche de grande capacité que le poing ne suffirait pas à remplir, celle de gauche dépassant un peu en dimensions celle de droite.

Les régions pubienne et sus-pubienne sont aussi lichénisées ; dans la région sus-ombilicale et sur les cuisses, la lichénification s'étend de façon diffuse en dehors du vaste placard dont les contours sont assez nets, bien que les modifications des téguments, exagération des plis cutanés et petites papules lisses polygonales, s'étendent aux environs.

La peau des bourses est épaisse, à plis cérébriformes, mais pas d'éléphantiasis. Le scrotum pend, très agrandi mais souple.

Quelques excoriations de grattage.

Gros ganglions inguinaux, indolores, durs.

Prurit violent.

Ce malade est porteur en outre de nodosités juxta-articulaires, très anciennes. Dures, mobiles, sous-cutanées, elles occupent les positions suivantes.

Tronc. Une, multilobée, du volume d'un œuf de poule, sur la ligne axillaire postérieure à son intersection avec les 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> côtes gauches.

Une analogue à droite.

Une, plus petite, sur la ligne axillaire antérieure au niveau de la 7<sup>e</sup> côte droite.

Deux médianes, du volume d'un œuf de pigeon, au centre de la région lombaire et à l'extrémité supérieure du pli interfessier.

Membres supérieurs. Deux petites, du volume d'un noyau de cerise à la face interne de l'extrémité proximale de la première phalange du pouce gauche.

Deux, grosses comme un œuf de pigeon, à l'extrémité supérieure du cubitus gauche. Deux autres, symétriques au coude droit.

Membres inférieurs. Une nodosité grosse comme un œuf de poule, occupe la région rétro-trochantérienne gauche. De même à droite.

Les autres, d'un volume variant d'un noyau de cerise à un œuf de pigeon, sont situées : 2 sur la face interne du genou gauche ; 2 sur la face externe du genou droit, 2 au niveau de la tête du péroné gauche, 2 semblables à droite, 3 dans la région sus-malléolaire externe gauche et 5 dans la région symétrique droite.

Indolores, elles sont regardées par le malade comme consécutives à une attaque ancienne de Pian, croyance assez répandue dans ce pays.

Ce malade a reçu pour ses lésions prurigineuses, les seules pour lesquelles il venait consulter, une pommade cadique dont les effets n'ont pu être constatés, car il n'est plus venu à la visite.

## UN CAS DE SYPHILIS CONJUGALE PARAISANT CONFIRMER LA THÉORIE DE LEVADITI ET MARIE

Par Gilbert PIGNET.

J'ai eu l'occasion d'observer en 1920 un cas de syphilis conjugale dont l'origine, les manifestations et l'évolution, à peu près identiques chez les deux époux, apportent un appui indiscutable à la théorie de Levaditi et Marie, sur la dualité du tréponème.

Voici, rapportée en quelques mots, l'observation de ce cas :

En février 1920, je reçois la visite d'un officier de la garnison, M. F..., qui s'exprime à peu près en ces termes : « Ma femme, étant allée dans sa famille pour y faire ses couches, vient d'accoucher prématurément au 8<sup>e</sup> mois de sa grossesse. Comme elle se plaignait en outre de violents maux de tête, le médecin qui lui donnait ses soins a eu l'idée de lui faire une séro-réaction de W. qui a été positive. Or, je ne crois pas que ma femme ait eu la syphilis avant de se marier. En tout cas, à part de la céphalée, elle n'a présenté depuis notre mariage aucun symptôme pouvant être rattaché à cette affection. D'autre part, et ceci très franchement, je n'ai jamais eu sur le corps ni sur les muqueuses aucun bouton, aucune plaque, aucun bobo enfin, pouvant faire songer à la syphilis. Je suis néanmoins inquiet et viens à mon tour me faire examiner pour savoir si moi aussi je suis syphilistique. »

J'examinais donc M. F... très attentivement et relevais les quelques signes suivants : léger embarras de la parole chez un sujet zézayant habituellement, paraît-il ; paresse assez marquée de la réaction pupillaire à la lumière ; exagération manifeste des réflexes rotuliens ; présence de ganglions épitrochléens. La réaction de W. fut nettement positive.

Plus tard, à son retour, j'eus l'occasion d'examiner Mme F..., qui ne présentait aucun symptôme objectif de syphilis, mais qui gardait, malgré un traitement mercuriel appliqué après son accouchement, une céphalée très pénible.

Ainsi donc, chez l'un et l'autre des deux époux il n'y avait de signe clinique permettant d'établir avec certitude le diagnostic de syphilis, mais chez tous les deux il y avait un certain nombre de signes de présomption, outre la positivité de la réaction de W., en faveur de cette affection. D'ailleurs le traitement par le 914, que j'instituais immédiatement et que je continuais pendant quelques mois, amena chez mes deux malades une rémission très marquée des symptômes constatés au début du traitement. Depuis, M. F... ayant changé de garnison, j'ai perdu de vue ce ménage dont le cas présentait un certain intérêt.

Mais n'est-on pas en droit d'être troublé par une telle manifestation de la syphilis et n'est-on pas en droit de faire rentrer le cas du ménage F... parmi les syphilis que les auteurs cités plus haut ont appelés neurotropes, parce qu'elles affectionnaient le système nerveux ?

Ici, en effet, le cas est très net. Pas de signes cutanéo-muqueux de syphilis primaire et secondaire, chez l'un comme chez l'autre des deux époux. Puis surviennent des accidents organiques, frappant électivement chez tous les deux le système nerveux (1).

Il y a donc bien un même agent pathogène qui a provoqué la syphilis du mari et de la femme, qui a évolué chez les deux époux d'une façon à peu près parallèle et qui s'est localisé uniquement sur le système nerveux.

Une observation est donc plus précieuse encore, pour établir la valeur de la théorie de Marie et Levaditi, que les cas rapportés par ces auteurs eux-mêmes, puisque non-seulement nous nous trouvons ici en présence de deux cas de syphilis à manifestation nerveuse provoqués par un même agent pathogène, mais puisque chez l'un et chez l'autre des deux époux il n'y a jamais eu d'accidents cutanéo-muqueux, aussi bien primaires que secondaires, et que les manifestations ont été uniquement nerveuses.

(1) Les réactions humorales du liquide céphalo-rachidien n'ont pas été recherchées pour des raisons particulières.

## REVUE DE DERMATOLOGIE

### *Acariose.*

**Sur l'Acariose des graines qui règne sous forme épidémique en Romagne et dans les provinces limitrophes** (Sull' acariasi da grano che regna truttora sotto forma epidemica in Romagna e in altre provincie limitrofe), par D. MAJOCCHI. *Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle*, 1920, fasc. VI, p. 709.

Il ne s'agit pas d'une maladie nouvelle. Ducrey avait étudié l'épidémie de Toscane en 1908 et en avait isolé le parasite (pediculoides ventricosus). L'éruption est monomorphe et se présente sous forme érythémato-vésiculeuse ; chaque élément débute par un petit placard érythémateux lenticulaire sur lequel se produit une élèvre papuleuse que vient surmonter une vésicule miliaire. Mais on peut rencontrer des éléments à grandes vésicules, d'autres un peu acnéiformes et des variétés hémorragiques, impétigoïdes, ecthymatoïdes.

L'éruption s'étend sur le tronc plutôt que sur les membres. Elle occupe généralement le cou et la nuque, parfois la face et se continue avec les éléments du tronc. Arrivée à son acmé en trois ou quatre jours, elle s'y maintient pendant quatre à cinq jours pour décliner ensuite pendant deux à trois semaines. Elle laisse alors soit une desquamation légère, soit une faible pigmentation qui peut simuler une roséole en voie de disparition. Les sensations de brûlure, de piqûre peuvent accompagner l'éruption ; chez certains sujets on ne relève cependant aucune trace de grattage et les vésicules sont conservées intactes.

Il faut attribuer l'épidémie actuelle à la réquisition des grains qui furent conservés dans des locaux non adaptés à cet usage.

PELLIER.

**Sur la dermatite prurigineuse produite par l'acare « pediculoides ventricosus » des fèves sèches** (Su la dermatite pruriginosa prodotta dall' acaro « Pediculoides ventricosus » dalle fave secche), par BELLOMO. *Giornale Italiano delle Malattie veneree e della Pelle*, 1920. Fasc. VI, p. 725.

De nombreuses publications siciliennes montrent que dans toute la Sicile, une éruption cutanée prurigineuse a été observée, coïncidant avec l'emmagasinage des céréales et particulièrement des fèves. S. en décrit longuement le parasite dont il prouve expérimentalement le rôle pathogène.

PELLIER.

**Vaste épidémie d'acariose des grains en Romagne** (Vasta epidemia di acariasi da grano in Romagna, par P. PANTALEONI. *Giornale Italiano delle Malattie veneree e della Pelle*, 1920, fasc. VI, p. 717).

Peut-être certains prurits d'allure épidémique observés sur le front italien étaient-ils dus à la paille de couchage et à un parasitisme analogue à celui qui détermine aujourd'hui l'épidémie de Romagne.

PELLIER.

### *Cancer de la langue.*

**Le Cancer de la langue. Principes de son traitement par les radiations,**  
par M. Cl. REGAUD. *Paris Médical*, 2 avril 1921.

La röntgenthérápie et la curiethérápie avaient jusqu'à présent donné de mauvais résultats dans le traitement du cancer de la langue. Les récents progrès techniques permettent de penser qu'ils sont capables de rendre de grands services dans cette thérapeutique difficile.

L'auteur envisage d'abord les différentes espèces de cancer de la langue au point de vue de la radiothérapie. Le lymphosarcome à petites cellules, à envahissement ganglionnaire rapide est extrêmement sensible aux radiations, mais ce néoplasme étant très infectant il faut étendre le traitement sur un territoire très large. R. distingue trois types anatomo-cliniques de cancers épithéliaux : l'E. papillomateux, le cancroïde, l'E. à forme infiltrante. Mais au point de vue histologique il y a deux groupes : l'E. à évolution cornée, spino-cellulaire, épidermoïde, et l'E. sans évolution cornée, baso-cellulaire non épidermoïde. La clinique ne peut suffire, il faut toujours faire la biopsie qui dira le pronostic et le traitement. La radio-sensibilité est en effet fonction de la structure et de l'évolution histologique du néoplasme. Les épithéliomas non épidermoïdes et les carcinomes sont les plus sensibles ; les épithéliomas épidermoïdes le sont beaucoup moins (Darier en 1904 avait mis en évidence cette différence pour les épithéliomas de la peau).

R<sup>e</sup> estime pourtant qu'on peut actuellement « stériliser à coup sûr et définitivement ces néoplasmes réfractaires, soit par les rayons X soit par la curiethérápie tant qu'ils sont limités ». Le siège et l'extension souvent lointaine dans les muscles, la propagation fréquente au maxillaire inférieur dans les cancers avancés compliquent beaucoup cette thérapeutique. La précocité et l'étendue de l'essaimage, sous la dépendance en grande partie de la richesse des réseaux lymphatiques, la diffusion du cancer par la contraction musculaire, sont des facteurs spéciaux de malignité du cancer de la langue.

La curiethérápie n'est plus actuellement pratiquée par les anciens procédés des tubes à sulfate de radium et des plaques émaillées. R. expose les règles précises, et montre la nécessité d'une technique minutieuse pour cette thérapeutique. « Plus un néoplasme est radio-résistant, plus l'irradiation doit être égale en tous points du territoire cancéreux. Une irradiation sera d'autant plus égale, donc efficace et sans danger, que pour une même dose les foyers seront plus nom-

breux et plus faibles ». L'élévation des doses doit être obtenue par l'augmentation de la durée, compensant la réduction de l'intensité du rayonnement. On fera débiter la dose nécessaire par une quinzaine de foyers régulièrement répartis en surface et en profondeur. Pour réaliser ces foyers faibles il y a deux moyens : la méthode des tubes nus et le radium puncture avec des aiguilles métalliques filtrantes. L'extension de l'irradiation doit être égale à la totalité du territoire néoplasique. De l'inefficacité croissante de la radiothérapie par coups réitérés par suite de la diminution de radiosensibilité des cellules cancéreuses et de l'accroissement de sensibilité des cellules saines, découle l'importance capitale de l'irradiation unique, et le danger des traitements insuffisants et répétés.

H. RABEAU.

### Chéloïdes.

**Digestion des chéloïdes, cicatrices et bubons par la pepsine et l'acide chlorhydrique** (Digestion of keloids, cicatrices and buboes with pepsin, hydrochloric acid), par Ed. AHLSWEDE. *Arch. of dermat. and syph. (Chicago)*, fév. 1921, p. 142.

A. a appliqué aux chéloïdes, cicatrices et bubons le nouveau traitement d'Unna visant la digestion de la couche cornée de l'épiderme au moyen de la pepsine à l'acide chlorhydrique. Ce mélange peut, de plus, être utilisé pour faciliter la pénétration de certains agents chimiques à travers la couche cornée. — La formule primitive d'Unna a été légèrement modifiée par A. par l'adjonction de phénol afin d'éviter toute putréfaction ; elle est donc :

Pepsine . . . . .	10 cc.
Acide chlorhydrique . . .	1 cc.
Acide phénique . . . .	1 cc.
Eau distillée . . . . .	200 cc.

Ce mélange a été appliqué en pansements humides recouverts de taffetas gommé.

A. a obtenu des résultats excellents dans les cicatrices de brûlures récentes. Il a fait disparaître rapidement des indurations consécutives aux chancres indurés cicatrisés par l'arsénobenzol. Appliqué aux bubons chancreux, ce traitement a amené la régression rapide de l'inflammation ; la guérison fut plus rapide qu'avec les injections de glycérine iodoformée faites parallèlement chez les mêmes malades. Cet effet sur les bubons ne peut s'expliquer que par l'action du phénol et de l'acide chlorhydrique dont la pénétration est favorisée par la pepsine.

Dans le traitement des adénopathies tuberculeuses les résultats ont été tout aussi encourageants.

S. FERNET.

**Eczéma.**

**Cytologie des lésions élémentaires de l'eczéma, des eczématides et du psoriasis**, par A. Civatte. *Comptes rendus de la Société de biologie*, séance du 12 mars 1921.

L'étude des lésions histologiques de l'eczéma, des eczématides et du psoriasis a permis à C. de les ramener à deux types opposés d'exosérose et d'exocytose, l'un caractérisant l'eczéma et les eczématides, l'autre les psoriasis. Voici les conclusions de l'auteur :

1<sup>o</sup> Dans l'eczéma et les eczématides il y a une exérose qui reste en dehors des cellules malpighiennes et les dissocie sans les détruire. Elle accompagne une exocytose de mononucléaires.

2<sup>o</sup> Dans le psoriasis, il y a une exosérose qui gonfle les cellules malpighiennes et ne les dissocie pas. Elle accompagne une exocytose de polynucléaires qui creusent de véritables tunnels dans le corps muqueux, œdématisé et compact.

L'opposition des deux formules rend aisément le diagnostic histologique de l'eczématide psoriasiforme et du psoriasis, alors que le diagnostic clinique est parfois impossible. La similitude du processus dans l'eczéma et les eczématides confirme la parenté de ces deux groupes que la clinique rapprochait.

H. RABEAU.

**Epithélioma.**

**Radiumthérapie et défense de l'organisme contre le cancer épithéllial**, par M. A. RUBENS-DUVAL. *Journal médical français*, mars 1921, p. 128.

Il y a normalement un processus histologique de défense contre le cancer. L'auteur avec Dominici et Chéron ont montré toute une série de modifications des cellules épithéliomateuses, sous l'influence du rayonnement du radium. Ils ont retrouvé des modifications comparables en examinant des épithéliomas extirpés chirurgicalement, sans avoir été soumis à l'action des rayons. R.-D. considère que le tissu conjonctif joue le rôle de régulateur de l'activité épithélliale. D'où il importe de ménager le tissu conjonctif et de ne pas employer de doses trop fortes. Il ne faut pas non plus user de doses trop faibles, car ainsi que l'a montré Regaud, le néoplasme résté également radiosensible à de nouvelles applications, alors que les tissus non néoplasiques deviennent de moins en moins résistants. En outre il faudra renforcer les réactions de défense du tissu conjonctif, diminuer les causes d'intoxication. Si le malade est ancien syphilitique, s'abstenir des iodures et du mercure, peut-être même de l'arsenic.

Il faut non seulement s'attaquer à la tumeur mais s'efforcer en même temps d'aider le malade à se guérir en soulageant et diminuant le travail de son organisme. On trouvera dans cet article une série d'indications utiles et une mise au point des travaux récents.

H. RABEAU.

**Epithéliomas développés sur des lupus érythémateux** (Epitheliomas developing on lupus erythematosus), par WANDER. *Archives of Dermat. and Syphil.*, janv. 1921, p. 22.

Sur 110 lupus érythémateux traités à sa clinique en dix ans et par les procédés les plus divers, M. a observé quatre fois des épithéliomas développés sur le lupus. Il se range, à l'opinion de Pringle en ce qui concerne la pathogénie de l'épithélioma dans ce cas particulier et l'attribue aux divers traumatismes nécessités par le traitement. Les irritations thérapeutiques multiples, répétées pendant des années, peuvent donner lieu à une réaction exubérante par prolifération cellulaire.

S. FERNET.

#### *Dermatose parasitaire.*

**Fixation d'un ixode à la partie supérieure du scrotum d'un enfant** (Fijacion de un ixodino en la parte alta del escroto de un niño), par VELASCO PAJARES. *La Pediatría española*, 31 janvier 1921, p. 14.

L'intérêt de l'observation de V. réside dans ce fait que, une fois le parasite arraché, et après un grattage à la curette, se développa une tumeur de la grosseur d'une amande qui guérit par l'exérèse chirurgicale. Mais une semaine environ après l'opération se déclara un processus infectieux dont la nature ne put être déterminée. L'hypothèse de troubles inflammatoires dus à la pénétration du parasite étant supprimée par le grattage effectué, on est en droit de se demander si l'ixode n'a pas transmis un germe infectieux.

PELLIER.

#### *Erythème pigmentaire.*

**Erythème pigmentaire de la région claviculo-sternale de la femme** (Eritema pigmentario della regione clavicolo-sternale della donna), par F. FABANI-VOLARELLI. *Communication à l'Academia dei Fisiocritici. Sienne, 1920.*

Les lésions cutanées consécutives à la mode des robes décolletées, déjà décrites par Brocq, ne présentent à l'examen histologique que des altérations de peu d'intérêt (tuméfaction cellulaire, œdème périnéoclaire, pigmentations). F. fait suivre ces constatations d'une thérapeutique trop complexe pour être résumée.

PELLIER.

#### *Leishmaniose cutanée.*

**Trois cas intéressants de Leishmaniose** (Tres interesantes casos de Leishmaniose), par AMANAJAS FILHO. *Pará-Medico* (Brésil, février 1920, p. 169).

Les observations de A. apportent une intéressante contribution à l'étude de cette maladie peu connue en Europe. Dans l'une la leishma-

niose a donné des lésions psoriasiformes disséminées sur toute la surface cutanée. La seconde nous montre la leishmaniose évolutant sous forme de petites tumeurs verruкоïdes, soit sessiles, soit pédiculées et pouvant d'autant plus faire songer à la maladie de Carrion que le malade présentait de l'hyperthermie. Le troisième cas est celui d'un enfant de quatre ans atteint de lésions framboesiformes déjà décrites par Rabello et Chagas. Tous ces cas ont été traités avec succès par les injections de tartre stibié.

PELLIER.

**Contribution à l'étude de la leishmaniose cutanée** (Contribuição ao estudo da Leishmaniose tegumentar), par O. de CARVALHO. *Parà-Médico* (Brésil), février 1920, p. 181.

Un cas de leishmaniose ulcéreuse, curieux par sa localisation au pavillon de l'oreille. La lésion datant de trois ans environ, a guéri par le tartre stibié (formule de Castellani pour la voie buccale).

PELLIER.

### **Pelade.**

**Sur quelques facteurs étiologiques de la pelade**, par M. JEANSELME. *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 10 avril 1921.

Quatre observations de pelade : l'une est consécutive à un traumatisme de l'œil, l'autre survient au cours d'un tabès, la troisième coïncide avec une méningite de la période secondaire, la quatrième est une pelade récidivante chez un héréo-syphilitique. J. L., en tire les conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> Un traumatisme peut suffire à provoquer une pelade grave.

2<sup>o</sup> La syphilis acquise peut atteindre le cuir chevelu non seulement à la période des grandes efflorescences tégumentaires, mais elle peut être à proprement parler facteur peladogène dans des cas de méningite précoce, preroséoliques.

3<sup>o</sup> Une plaque de pelade peut être l'unique manifestation d'une héréo-syphilis.

Donc toujours rechercher la syphilis chez un peladique. Outre le traitement local il importe d'établir un traitement étiologique.

H. RABEAU.

### **Psoriasis.**

**Les théories étiologiques et pathogéniques du psoriasis**, par M. L. BORY. *Paris Médical*, 5 mars 1921.

B. expose et critique les diverses conceptions pathogéniques du psoriasis. Pour les uns, c'est un syndrome cutané. Cette réaction cutanée pourra relever d'une irritation locale traumatique, infectieuse ou toxique, ou être sous la dépendance d'un trouble du métabolisme, d'un trouble endocrinien, d'un trouble nerveux.

Pour les autres, c'est une entité morbide véritable, une maladie spécifique. C'est à cette conception que se rattache B. Des analogies morphologiques, des coïncidences fréquentes de tuberculose à forme verrueuse ont pu servir de base à une théorie de l'origine tuberculeuse du psoriasique. B. a pensé qu'il pouvait s'agir de pseudo-tuberculose de la peau. Des auteurs italiens ont mis en évidence dans des squames des corpuscules qu'ils considèrent comme des psorozoaires. Récemment Rask de Christiania a trouvé un micro-organisme qu'il a nommé spirochète sporogona psoriasis. Toutes ces recherches demandent à être poursuivies et vérifiées.

H. RABEAU.

**Deux cas de psoriasis traités par la méthode de Danysz** (Two cases of psoriasis treated by Danysz's method), par BARBER. *Proceedings of the royal Soc. of medecine (Dermat. sect.)*, février 1921, p. 24.

Dans deux cas de psoriasis à poussées successives dont l'un rebelle à tout traitement et persistant depuis 11 ans. B. a obtenu rapidement la guérison par des injections de vaccin de Danysz.

S. FERNET.

#### *Urticaire.*

**Un cas d'urticaire pigmentée avec lésions bulleuses** (Case of urticaria pigmentosa with bullous lesions), par MAC LEOD. *Proceedings of the royal Soc. of Medecine (Derm. Sect.)*, février 1921, p. 17.

M. C. a observé, chez un nourrisson, une éruption d'urticaire pigmentée ayant débuté à l'âge de 3 mois et s'accompagnant de lésions bulleuses. Le diagnostic d'urticaire pigmentée fut confirmé par l'examen histologique qui montra une abondante infiltration de mastzellen. L'éruption occupait toute la surface du corps sauf les paumes des mains et les plantes des pieds. Le cuir chevelu était pris. Les muqueuses indemnes. Les lésions observées consistaient en plaques érythémateuses, en élevures orticées entourées d'une zone érythémateuse, en macules pigmentées redevenant turgescentes par le frottement, enfin en vésicules et en bulles de diverses grosseurs. Les lésions paraissaient débuter soit par une élevure urticarienne soit d'emblée par une bulle.

S. FERNET.

**Urticaire factice ou dermatographisme** (Urticaria facticia o Dermографismo), par VELASCO PAJARES. *La Pediatría española*, 28 février 1921, p. 50.

Une enfant de 14 ans présente un dermatographisme remarquable, persistant douze à quatorze heures, se produisant même sur la face et la muqueuse buccale. V. P. considère en ce cas le trouble vasomoteur comme d'origine thyroïdienne que semblent accuser l'hypertension, la sensibilité exagérée de la région thyroïdienne, un début de goitre et le signe de Stellwag.

PELLIER.

**Sur la pathologie de l'urticaire menstruel** (Einige Daten zur Pathologie der Urticaria menstrualis), par H. GÉBER. *Dermatologische Zeitschrift*, 1921, t. XXXII, p. 143.

H. G. range, sous cette dénomination toutes les manifestations cutanées qui se rattachent à la menstruation. On a pu les considérer comme angioneurotiques. Actuellement, on les rapporte à des phénomènes liés à la sécrétion interne des ovaires. On admet qu'à ce moment apparaissent des modifications sanguines (lipoides) d'origine ovarienne (Matzenauer et Polland : *dermatosis dysmenorrhica symmetrica*). Dans le cas de Géber (urticaire), on peut admettre l'existence dans le sang d'une substance inconnue liée à la menstruation, substance circulante, urticariante. Cette substance n'est pas constante, et d'autre part il faut que les capillaires d'une femme présente vis-à-vis d'elle une hypersensibilité. Il est du reste probable que cette substance est d'origine ovarienne.

(G. avait pris à sa malade, au cours d'une poussée menstruelle, une certaine quantité de sang qui, réinjecté loin des règles, avait provoqué immédiatement une poussée urticarienne violente).

CH. AUDRY.

**Urticaires et action des acides** (Urticaria und Säurewirkung), par V. KOLLERT. *Dermatologische Zeitschrift*, déc. 1920, t. 31, p. 281.

K. veut démontrer que les acides jouent un rôle actif dans la genèse de l'afflux lymphatique qui constitue l'œdème urticarien. Dans quatre cas personnels, il a vu l'urticaire provoqué par l'injection de pommes acides ; une autre fois, par du vinaigre. La théorie anaphylactique de l'urticaire peut s'expliquer par des acides endogènes ; d'autrefois on peut invoquer la production d'acides aminés ; l'urticaire menstruel (?) s'explique par ce que l'abondance de sang diminue à ce moment. Un collègue de l'auteur avait de l'urticaire quand il commettait des excès sexuels, mais jamais en période de chasteté, etc. Quant à l'urticaire qui accompagne la présence du bothryocéphale, il s'explique parce que cet animal naturellement alcalin, donne en se désintégrant des produits acides, des acides gras ; les ascarides sont aussi producteurs d'acides gras, et voilà comment ils déterminent de l'urticaire (!!!).

CH. AUDRY.

#### **Vaselinoïme ganglionnaire.**

**Le vaselinome ganglionnaire**, par MM. FAVRE et CIVATTE. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 8 janvier 1921.

F. et C. apportent l'observation d'un cas de tumeurs cutanées consécutives à l'injection d'huile camphrée préparée probablement avec une huile de vaseline. C'est un placard d'induration dermique avec des nodosités profondes siégeant à la face externe du bras droit : à la partie inférieure de ce placard on remarque une zone molle comme pâteuse

au niveau de laquelle la peau, ailleurs normale, est rouge, squameuse, parsemée de petites taches jaunâtres, qui à la vitropression prennent l'aspect semi-transparent des nodules lupiques. Dans l'aisselle droite amas de ganglions durs ; dans l'aisselle gauche un ganglion dur unique du volume d'une amande. Les ganglions firent penser à la tuberculose ; des inoculations au cobaye négatives, l'aspect clinique particulier, les commémoratifs étayèrent le diagnostic.

Histologiquement, les lésions des ganglions sont les mêmes que celles du bras : « mêmes kystes creusés dans de larges nappes protoplasmiques à noyaux multiples, même infiltrat polymorphe riche en macrophages. Dans la région de la tête du follicule clos on trouve en nombre de points des amas épithélioïdes parfois volumineux ».

Les auteurs concluent : Les vaselinomes peuvent simuler le lupus vulgaire.

Le tubercule sucre d'orge traduit l'existence de lésions dermiques particulières que la tuberculose n'est pas seule à réaliser.

Les vaselinomes peuvent s'accompagner d'adénopathie satellite dans laquelle on retrouve des lésions identiques à celles du tubercule dermique.

Les particules dermiques peuvent suivre la voie lymphatique.

H. RABEAU.

### Vitiligo.

**Vitiligo des reins (en ceinture)** (Vitiligo der Zende), par K. KREIBICH. *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, n° 9, p. 177.

Il s'agit d'une bande achromique en ceinture, au niveau du corset. Il faut rapprocher ce cas des achromies observées au niveau des points de pression de certains appareils. Normalement, une certaine irritation donne une hyperpigmentation.

Si cette pression devient intense, il y a achromie ; ce n'est pas du vitiligo véritable, mais une achromie consécutive à un érythème traumatique arrivant à l'atrophie.

Ch. AUDRY.

**Vitiligo avec productions verruqueuses centrales pigmentées** (Vitiligo with central pigmented moles), par BUNCH. *Proceedings of the Royal Soc. of Medicine*, juillet 1920, p. 148.

Garçon de 14 ans présente du vitiligo sur le tronc et les cuisses. Au niveau de plusieurs taches dépigmentées existent des productions verruqueuses hyperpigmentées. L'expérience de l'auteur lui a appris que ces verrues pigmentaires centrant des éléments de vitiligo peuvent rester stationnaires fort longtemps mais sont susceptibles de subir une transformation maligne ; il croit donc que leur ablation totale et précoce est indiquée.

S. FERNET.

**Xanthome.**

**Xanthoma Diabeticorum**, par SIBLEY. *Proceedings of the Royal Soc. of Medicine (Derm. Sect.)*, juin 1920, p. 83.

Une femme de 32 ans présente des xanthomes typiques aux coudes, aux avant-bras, aux genoux, au menton. On constate un diabète ignoré jusque-là et paraissant dater d'un an environ. En traitant le diabète (régime, alcalins) on fit disparaître les xanthomes avec une rapidité surprenante.

S. FERNET.

**Zona.**

**Association du zona et de la varicelle** (Association of herpes zoster and varicella), par M. EWEN. *Arch. of Dermat. and Syph.*, 1920, t<sup>e</sup> 2, p. 205.

L'auteur réunit les observations publiées au sujet de cette association en quatre groupes :

1<sup>o</sup> Varicelle apparaissant dans l'entourage direct d'un sujet atteint de zona. Ce groupe comprend les deux tiers des faits.

2<sup>o</sup> Varicelle apparaissant à la suite d'un zona chez le même individu. Ici la discussion est possible avec le « zona généralisé » et le « zona à vésicules aberrantes ».

3<sup>o</sup> Zona suivi de varicelle chez un même individu et varicelle chez des sujets exposés au contagé. Une observation personnelle de E. rentre dans ce groupe.

4<sup>o</sup> Varicelle suivie de zona dans l'entourage direct du malade.

S. FERNET.

## REVUE DES LIVRES

---

**Syphilis and its treatment** (with special reference to syphilis of the skin), par WILFRID S. FOX. 1 volume et 195 pages avec 23 planches en couleur et 31 figures en noir. Lewis et Cie, éditeurs. Londres, 1920.

Cet ouvrage élémentaire sur la syphilis est fort bien présenté et les figures sont parfaitement choisies. En ce petit volume l'auteur passe en revue la description des lésions, en fait l'histologie puis, étudie le traitement, les moyens de diagnostic et, consacre enfin plusieurs pages à la syphilis héréditaire ; il termine en montrant les problèmes sociaux soulevés chaque jour à propos de cette affection.

C'est une œuvre de vulgarisation très utile.

P. RAVAUT.

**The treatment of diseases of the skin**, par W. KNOWSLEY SIBLEY. Un volume de 248 pages avec 24 planches en noir. Edward Arnold, éditeur. Londres, 1920, 3<sup>e</sup> édition.

Ce volume est la troisième édition d'une œuvre très intéressante sur le traitement des maladies de la peau ; l'auteur a ajouté aux précédentes d'importantes notions sur la diathermie, l'emploi des bains et le traitement du Bouton d'Orient.

Il étudie d'abord les moyens généreux du traitement par rayons X, radium, électrolyse, ionisation, haute fréquence, diathermie, acide carbonique, vaccins hyperémie, diète, régimes et bains. Il passe en revue le traitement de chacune des principales affections cutanées et termine par un recueil de formules de pommades, de parfums, de fards.

Rien n'est oublié dans ce volume qui représente une mise au point très moderne des différents procédés thérapeutiques utilisés actuellement en dermatologie. Quelques bonnes planches montrent bien l'action des divers traitements.

P. RAVAUT.

**A handbook of skin diseases and their treatment**, par A. WHITFIELD. Un volume de 290 pages illustré de 56 planches en noir. Edward Arnold, éditeur. Londres, 1921, 2<sup>e</sup> édition.

Passant en revue en un volume aussi réduit toutes les maladies de la peau, y compris la syphilis, et leur traitement, l'auteur ne peut nous donner qu'un résumé court mais bien présenté de ces différentes affections. De très belles planches illustrent ce petit volume. Bien qu'élémentaire cette œuvre est intéressante et très bien éditée.

P. RAVAUT.

---

## TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

### DES TRAVAUX ORIGINAUX, RECUEILS DE FAITS ET REVUES GÉNÉRALES

ARGAUD et MONTPELLIER. — Sur une tumeur myélodermique à mégacaryocytes (mégacaryocytome) de l'aile du nez . . . . .	391
AUDRY et BERTUCAT. — Sur une dermatose (tuberculide?) constituée par des éléments éruptifs successifs pigmentés, érythémato-papulo-pigmentés, et mollusciformes . . . . .	69
AUDRY et CHATELLIER. — Syphilis cryptocarcinique à début ganglionnaire (syphilis à bubon d'emblée) . . . . .	305
BERTUCAT. — Voir AUDRY . . . . .	49
BLOCH BRUNO. — Les trichophytides . . . . .	1, 55
BONNETERRE. — Voir CHATELLIER . . . . .	165
CADENAT. — Sur l'agénésie d'une ou des deux incisives latérales supérieures comme signe d'héréo-syphilis . . . . .	405
CARLE. — Faut-il traiter la femme enceinte d'un syphilitique? . . . . .	23
CHATELLIER. — Sur une phlycténose récidivante des extrémités avec réaction méningée. Appartient-elle à la dermatite polymorphe douloureuse? . . . . .	131
CHATELLIER et V. BONNETERRE. — De l'ictère syphilitique antérosélique et des manifestations cliniques de la syphilis avant la roséole . . . . .	165
CHATELLIER. — Voir AUDRY . . . . .	305
CLÉMENT, DONATO et PARET. — L'ulcère phagédénique des pays chauds . . . . .	177
DEKESTER et E. MARTIN. — Un cas de rhinosclérome au Maroc . . . . .	401
DESAUX et NOEL. — La douche filiforme en dermatologie (exposé succinct de la technique, des indications et des résultats) . . . . .	218
DONATO. — Voir CLÉMENT . . . . .	177
DU BOIS. — Pigmentation réticulée des cuisses dues à la chaleur . . . . .	82
DUPASQUIER. — Voir NICOLAS . . . . .	127
DUPASQUIER. — Voir NICOLAS . . . . .	193
DUPASQUIER. — Voir NICOLAS . . . . .	481
ELIASCHEFF. — Voir PAUTRIER . . . . .	241
ESCHER. — Le silbersalvarsan . . . . .	203, 257
ESCHER. — Trois cas de syphilis dans une même famille compliqués tous trois d'iritis secondaire précoce . . . . .	454
FERREYROLLES. — Voir VEYRIÈRES . . . . .	156
GATÉ. — Voir NICOLAS . . . . .	127
ANN. DE DERMAT. — VI <sup>e</sup> SÉRIE, T. II, N <sup>o</sup> 12, DÉCEMBRE 1921.	34

GOLAT. — Sur l'hyperkératose diffuse congénitale . . . . .	97
GRAVAGNA. — Localisation peu fréquente de syphilides pigmentaires en plaques larges . . . . .	121
GRAVAGNA. — Trichophytie cutanée de diagnostic difficile. . . . .	489
GREENBERG. — Une poussée de sycosis simple sur l'emplacement d'une ancienne brûlure par l'ypérite et de l'action favorable du vaccin streptostaphylococcique. . . . .	460
JERSILD. — Note supplémentaire sur l'éléphantiasis ano-rectal (syphilitome ano-rectal de Fournier) . . . . .	433
LACASSAGNE. — Voir NICOLAS . . . . .	280
LAURENTIER. — Intoxications et morts par les arsénobenzènes. Leur cause. . . . .	38
LAURENTIER. — Erythrodermie exfoliante maligne d'origine toxique. .	357
LEGRAIN. — Voir THIBIERGE . . . . .	289, 336
LENORMANT. — Un nouveau cas de pachydermie vorticellée du cuir chevelu . . . . .	312
LOMHOLT. — Trois cas de contagion syphilitique au passage. . . . .	17
MALHERBE. — Pityriasis rubra grave (type Hébra) . . . . .	346
MARCHOUX. — Une nouvelle maladie à manifestations cutanées causée par un bacille acido-résistant . . . . .	385
MARTIN. — Voir DEKESTER . . . . .	401
MASSIA. — Voir NICOLAS . . . . .	145
MASSIA. — Voir NICOLAS . . . . .	193
MASSIA. — Voir NICOLAS . . . . .	481
MONTPELLIER. — Voir ARGAUD . . . . .	391
NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER. — Deux cas de prurigos rebelles guéris par l'autohémothérapie . . . . .	127
NICOLAS et MASSIA. — Contribution à l'étude des arsénobenzolides. Pemphigus foliacé d'origine arsénobenzolique . . . . .	145
NICOLAS, MASSIA et DUPASQUIER. — Sur un cas de syndrome de Raynaud avec gangrène d'origine novarsénobenzolique . . . . .	193
NICOLAS et LACASSAGNE. — Un cas de mort par novarsénobenzol pour lequel la toxicité des produits employés ne peut être mise en cause. . . . .	280
NICOLAS, MASSIA et DUPASQUIER. — Sur un cas d'angiomes multiples acquis du scrotum (angiokératomes) avec hémorragies . . . . .	481
NOËL. — Pian des muqueuses . . . . .	72
NOËL. — Menstruation et fécondité dans la lèpre . . . . .	396
NOËL. — Tumeurs pseudo-éléphantiasiques congénitales de la nuque. .	463
NOËL. — Lichen simple circonscrit avec décollements sacculaires cutanés et nodosités juxta-articulaires. . . . .	514
NOËL. — Voir DESAUX . . . . .	218
PARET. — Voir CLÉMENT . . . . .	177
PAUTRIER et Mlle ELIASCHEFF. — Contribution à l'étude de la dermatite chronique atrophique (érythromélie de Pick) (Acrodermatitis chronica atrophicans de Herxheimer) . . . . .	241
PIGNET. — L'urticaire anaphylactique . . . . .	184

---

PIGNET. — Un cas de syphilis conjugale paraissant confirmer la théorie de Levaditi et Marie . . . . .	516
POMARET et THINH. — Note à propos des injections intra-veineuses de formine (urotropine) dans le traitement de la syphilis . . . . .	317
RABEAU. — Voir RAVAUT . . . . .	320
RABEAU. — Voir RAVAUT . . . . .	363
RAVAUT. — Deux cas de leishmaniose cutanée contractée en Espagne. Premier cas de contagion en France . . . . .	29
RAVAUT. — Trichophytie de la barbe rapidement guérie par des injections intraveineuses de liqueur de Gram . . . . .	229
RAVAUT et RABEAU. — Un cas de syphilis secondaire traité par les injections intra-veineuses d'urotropine . . . . .	320
RAVAUT et RABEAU. — Sur une forme spéciale de trichophytie unguéale . . . . .	363
RAVAUT. — Les accidents produits par les novarsénobenzénés. Essai sur leur classification et leur prophylaxie . . . . .	494
SABOURAUD. — Trichoclasies, trichorrexies et trichoptiloses . . . . .	445
THIBIERGE et LEGRAIN. — Sur l'ichtyose fœtale . . . . .	289, 336
THINH. — Voir POMARET . . . . .	317
VEYRIÈRES et FERREYROLLES. — La douche filiforme en dermatologie . . . . .	150

---

**TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS**  
**DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS**  
**DANS CE VOLUME**

---

**A**

ABERASTURY, 42.  
 AGHARD, 465-466.  
 ADAMSON, 370, 418.  
 ADANATON, 418.  
 ADRIAN, 411.  
 AHLSWEDE, 530.  
 AHRENS, 323.  
 AITKEN, 43.  
 ALMKVIST, 140.  
 ARBEIT, 144.  
 ARGAUD, 391.  
 ARTHUS, 479.  
 ARZT, 140, 141, 233, 234, 419, 474.  
 AUDRY, 49, 305.

**B**

BACHEM, 88.  
 BAKETEL, 285.  
 BARBÉ, 332.  
 BARBER, 47, 524.  
 BARRÉ, 378.  
 BARTHÉLÉMY, 285.  
 BECTET, 329.  
 BELLOMO, 518.  
 BENNIGSON, 410.  
 BENON, 407.  
 BENAUME, 286.  
 BERTRAND, 427.  
 BERTUCAT, 49.  
 BETANCES, 187.  
 BEZANÇON, 91.  
 BLASCHKO, 368.  
 BLOCH, 1, 55, 378.  
 BOAS, 411.  
 BONNET, 42, 87.  
 BONNETERRE, 165.

BORDET, 464.  
 BORY, 88, 523.  
 BOUCHUT, 287.  
 BRANDEN (V. den), 371.  
 BRAUER, 411.  
 BRENNING, 325.  
 BRIAND, 378.  
 BRITO FORESTI, 44.  
 BROQ, 281.  
 BROWN, 137, 476, 477.  
 BROCH, 426.  
 BROCK, 423.  
 BUNCH, 526.  
 BUSCH, 368.  
 BUSSY, 464.

**C**

CADE, 466.  
 CADENAT, 405.  
 CAPELLI, 464.  
 CARLE, 23, 86, 427.  
 CARVALHO (de), 523.  
 CEDERKREUTZ, 326.  
 CERVERA, 326.  
 CHALIER, 87.  
 CHATELLIER, 131, 165, 305.  
 CHEINISSE, 330, 332.  
 CIVATTE, 521, 523.  
 CLÉMENT, 177, 190.  
 COLE, 46.  
 COLMAN, 240.  
 COLOMBO, 137.  
 CONTAMIN, 87.  
 CONTI, 322.  
 CRUMP, 46.  
 CULVER, 426.

**D**

DALLA FAVERA, 322.

DANYSZ, 383.  
 DEKESTER, 401.  
 DESAUX, 218.  
 DESMOULIÈRES, 472.  
 DEVAUX, 472.  
 DIAZ, 44.  
 DOBLE, 384.  
 DOHI, 326.  
 DONATO, 177.  
 DONOVAN, 324, 327.  
 DU BOIS, 82.  
 DUHOT, 469.  
 DUPASQUIER, 127, 193, 481.

## E

EBERSON, 476, 477.  
 EICKE, 370.  
 ELIASCHEFF, 241.  
 EMERY, 141.  
 ENGMAN, 42, 476.  
 ERNST, 327.  
 ESCHER, 203, 257, 454.  
 ESCOMEL, 328.  
 EWEN, 527.

## F

FABRY, 418.  
 FANTL, 421.  
 FASANI-VOLARELLI, 522.  
 FAVRE, 525.  
 FELKE, 410.  
 FERREYROLLES, 156.  
 FILHO, 522.  
 FINGER, 376.  
 FINSTERLIN, 235.  
 FISCHER, 324, 412, 416.  
 FISCHL, 415.  
 FLANDIN, 380.  
 FLEHME, 415.  
 FONTANA, 233.  
 FORDYCE, 468.  
 FORESTI, 324.  
 FORSTER, 411.  
 FOX, 324, 373, 528.  
 FRIED, 425.  
 FRUHWALD, 234.

FUCHS, 236, 419.  
 FUHS, 191.

## G

GAILLARD, 87.  
 GALEWSKY, 325.

GALLAVERDIN, 286.  
 GATÉ, 127, 233, 464.

GEBER, 525.  
 GEORGE, 474.

GILBERT, 288.  
 GOEHL, 424.

GOLAY, 97, 384.  
 GOODMAN, 238.

GOUGEROT, 323, 412.  
 GRAVAGNA, 121, 489.

GRECO, 45.  
 GREENBERG, 460.

GROEBNER, 237.  
 GRUTZ, 89.

GUILLAIN, 86, 378.  
 GYESSING, 190.

## H

HAEDO, 465.  
 HAGUENAU, 334.  
 HANAWA, 45.  
 HASLEY, 467.  
 HEBERMANN, 130.  
 HEDEN, 371.  
 HELLER, 87.  
 HÉLOUIN, 474.  
 HERMANN, 89.  
 HIRSCH, 423, 426.  
 HITCH, 239.  
 HOFFMANN, 89, 329, 372.  
 HUBER, 469.  
 HUGHES, 233.  
 HUTINEL, 86.

## J

JACKSON, 379.  
 JACOBSTAHL, 137.  
 JEANSELME, 523.  
 JERSILD, 433.  
 JOERS, 237.

## K

KAPPERER, 372.  
 KATO, 326.

KEMTZEL, 411.	LOGEN, 417.	
KERL, 234, 287, 474.	LOMHOLT, 17, 410.	
KIENDI, 188.	LOUSTE, 47.	
KIMM, 43.	LOW, 417.	
KINGSBURY, 339.	LOWENSTEIN, 382.	
KISSMEYER, 422.	M	
KLAUDER, 470.	MAC LEOD, 93, 524.	
KLEIDEL, 470.	MAJOCCHI, 518.	
KNOTT, 47.	MALHERBE, 346.	
KÆRBL, 415.	MARCHOUX, 385.	
KOHN-ABREST, 380.	MARÉCHAL, 466.	
KOHRS, 235.	MARFAN, 375.	
KOLLERT, 525.	MARIANI, 467.	
KOLMER, 142, 143.	MARTIN, 401.	
KORS, 376.	MARTINET, 479.	
KREIBICH, 414, 426, 526.	MASSIA, 145, 193, 481.	
KROMAYER, 368.	MEIROWSKY, 382.	
KRON, 240.	MERGELSBERG, 90, 372.	
KUMER, 422.	MERKLEN, 472.	
KUNSTMANN, 413.	MESTREZAT, 469.	
KYRLE, 85.	METER, 190.	
L		
LACAPÈRE, 94.	MIGUEL (de), 471.	
LACASSAGNE, 280.	MILIAN, 382.	
LAHMETER, 372.	MINET, 141.	
LAIGNEL-LAVASTINE, 420.	MITCHELL, 239.	
LAMBERT (de), 287.	MONTGOMERY, 426.	
LANGERON, 428.	MONTPELLIER, 391.	
LAROCHE, 86, 378, 428.	MOORE, 369, 468, 470.	
LAURENT, 48.	MORENAS, 466.	
LAURENTIER, 38, 357.	MORIN, 141.	
LECHELLE, 86, 378.	MOURIQUAND, 233.	
LEGRAIN, 289, 336.	MUNSON, 374.	
LEIMDORFER, 414.	N	
LEMELAND, 375.	NADAL, 86.	
LENORMANT, 312.	NAGAI, 45.	
LÉPINAY, 91.	NEUENDORFF, 238.	
LERICHE, 47.	NICAUD, 90.	
LEROUX, 333.	NICOLAS, 127, 145, 193, 280, 481.	
LEVEN, 139, 420.	NICOLLE (M.), 91.	
LEVINSOHN, 413.	NOEL, 72, 218, 396, 463, 514.	
LEWENGOOD, 139.	NONNE, 480.	
LIEDKIND, 89.	NOIRÉ, 373.	
LIPPERT, 368.	O	
LIPSCHUTZ, 322.	OELZE, 233.	
LITTLE (C. R.), 413.	ÖTTINGER, 239.	

OSMOND, 420.	RIZZO, 470.	
OSTORNE, 471.	ROLLET, 191.	
OZENNE, 480.	ROTH, 141.	
P		
PAJARES, 522, 524.	ROUILLARD, 465, 466.	
PARAF, 380, 383.	ROUQUIER, 378.	
PANTALEONI, 519.	ROUSSET, 333, 427.	
PARET, 177.	RUBENS-DUVAL, 521.	
PAULIAN, 377.	RUBINSTEIN, 381.	
PAUTRIER, 241.	RUTHERFORD, 417.	
PAYENNEVILLE, 369.	S	
PEARCE, 137, 476, 477.	SABOURAUD, 445.	
PEARSON, 84.	SAHRENS, 424.	
PÉHU, 87.	SAINT-GIRONS, 288.	
PERNET, 43.	SALOMON, 470.	
PEYRE, 374, 474.	SALVAT, 474.	
PICHLER, 325.	SAVATARD, 416.	
PIGNET, 184, 284, 516.	SCHAMBERG, 142, 143.	
PINARD, 239, 373, 382, 475.	SCHIGA, 410.	
POLICARD, 382.	SCHMEDDING, 417.	
POLONOWSKI, 469.	SCHOLL, 423.	
POMARET, 317, 333, 378, 381.	SCHRAFF, 378.	
PONTOPIDDAN, 188.	SCHREINEZ, 138.	
PORCELLI, 44.	SCHULMANN, 287, 421.	
POULARD, 140.	SCHULTZ, 235.	
PROBIZER, 421.	SCHULTZ, 422.	
PRUNELL, 473.	SCOTT, 84.	
PULVERMACHER, 93.	SEQUEIRA, 46.	
PUTZIG, 371.	SHOKES, 471.	
R		
RABEAU, 144, 320, 363.	SIBLEY, 527, 528.	
RAGUSIN, 464.	SICARD, 143, 380, 383.	
RAIZISS, 142, 143.	SIDLICK, 374.	
RAMSEY, 337.	SIEFERT, 411.	
RAPP, 379.	SITTA, 238.	
RASCH, 87, 188, 328.	SIUN, 139.	
RAYAUT (Paul), 29, 45, 144, 229, 320, 363, 494.	SMALL, 423.	
REGAUD, 519.	SPECHT, 329.	
REIL, 422.	SPILLMANN, 48.	
RENAUD, 465.	SPITTEL, 138.	
REYN, 327.	STARRY, 475.	
RIBEIRO, 44, 287.	STEIN, 419.	
RIEHL, 329.	STICKEL, 419.	
RIVET, 286.	STRAUSS, 414.	
	STRICKLER, 374, 381.	
	STROSS, 236.	
	STUHMER, 371, 378.	
	STUMPKE, 420.	
	SVER, 236.	

## T

THIWERGE, 289, 336.  
 THINH, 317.  
 THOMPSON, 288.  
 TIEFFENBRUNNER, 334.  
 TILLING, 234.  
 TINEL, 420.  
 TORRIGIANI, 464.  
 TOULOUSE, 335.  
 TOURAINE, 471.  
 TREUHERZ, 425.  
 TRIMBLE, 42.  
 TZANCK, 380.

## V

VERROTI, 189.  
 VÉYRIÈRES, 156.

VIALLET, 330.  
 VIGNAT, 329.  
 VOGEL, 425.  
 VOSS, 240.

## W

WANDER, 522.  
 WASTHIN, 475.  
 WATZIN, 48.  
 WEINHARDT, 424.  
 WHITE, 92.  
 WHITFIELD, 528.  
 WILE, 287, 467.  
 WITH, 48, 418.

## Z

ZIEGENTHIN, 418.

TABLE ALPHABÉTIQUE ET MÉTHODIQUES DES MATIÈRES  
DU TOME DEUXIÈME — SIXIÈME SÉRIE

1921

A

**Acanthosis nigricans.** Sur l'acanthosis nigricans, par SCHIGA . . . . .

410

**Acariose.** Sur l'Acariose des graines qui règne sous forme épidémique en Romagne et dans les provinces limitrophes, par MAJOCCHI . . . . .

518

— Sur la dermatite purigineuse produite par l'acare pediculoides ventrosicus des fèves sèches, par BELLONO . . . . .

518

— Vaste épidémie d'acariose des grains en Romagne, par P. PANTALEONI . . . . .

519

**Acrodermatite.** Un cas d'acrodermatite chronique atrophiante avec infiltration secondaire et ulcérations, par LONHOLT . . . . .

410

**Angine de Vincent.** Traitement de l'angine de Vincent par l'acide salicylique, par W. BENNINGSON . . . . .

410

**Angiomes.** Sur un cas d'angiomes multiples acquis du scrotum (angiokératomes) avec Hémorragies, par NICOLAS, MASSIA et DUPASQUIER . . . . .

481

**Anhydride sulfureux.** Contribution à l'étude de l'anhydride sulfureux en thérapeutique dermatologique humaine et vétérinaire, par LEPINAY . . . . .

91

B

**Bartholinite.** Bartholinite non blennorrhagique, par LIPPERT . . . . .

368

**Biologie.** Les antigènes et les anticorps, par M. NICOLLE . . . . .

91

**Blastomycose.** Pour la con-

naissance de la blastomycose cutanée, par DALLA FAVERA . . . . .

322

**Blennorrhagie.** Kérotodermie blennorrhagique : est-elle une forme de psoriasis ? par ADAMSON . . . . .

370

— Otite gonococcique chez un nouveau-né, par H. PUTZIG . . . . .

371

— Evolution clinique de la blennorrhagie rectale, par A. STUHMER . . . . .

371

— Importance des complications de la blennorrhagie. Contribution à l'étude de leur traitement par la vaccinothérapie, par F. VAN DEN BRANDEN . . . . .

371

— Etude sur la concentration optima en ions hydrogène des milieux de culture du gonocoque, par HEDEN . . . . .

371

— Sur le traitement général de la blennorrhagie de la femme par la gonargine, le collargol, le salvarsan argentine, la terpentine et la try-pafavine, par E. HOFFMANN et MERGELSTERG . . . . .

372

— Sur le traitement de la blennorrhagie par les grands bains chauds, par KAPPFERER . . . . .

372

— Traitement de l'arthrite blennorrhagique, par F. LAMMAYER . . . . .

372

**Brûlures.** Les brûlures et leur traitement actuel, par V. CONTI . . . . .

322

C

**Chancre mou.** Chancre mou et réaction de Wassermann, par H. EICKE . . . . .

370

**Chéloïdes.** Digestion des chéloïdes, cicatrices et bubons

par la pepsine et l'acide chlorhydrique, par AHLSEN-WEDE . . . . .	520	— Radiumthérapie et défense de l'organisme contre le cancer épithéial, par A. RUBENS-DUVAL . . . . .	521
<b>Chimie cutanée.</b> La chimie des substances cornées, par E. STRAUSS . . . . .	414	— Epithéliomas développés sur des lupus érythémateux, par WANDER . . . . .	522
<b>Cutis verticis gyrata.</b> Nouvelles observations de cutis verticis gyrata, par ANDRIAN et FORSTER . . . . .	411	— Sur le cancer des paraffineurs, par KEMTZEL . . . . .	411
<b>D</b>		— Le cancer de la langue. Principes de son traitement par les radiations, par CL. REGAUD	519
<b>Dermatoses animales.</b> Sur quelques dermatoses des animaux, par LIPSCHUTZ . . . . .	322	<b>Erupptions artificielles.</b> Iodo-dermite tuberculeuse, par G. TIEFFENBRUNNER . . . . .	324
<b>Dermatose parasitaire.</b> Fixation d'un ixode à la partie supérieure du scrotum d'un enfant, par PAJARES . . . . .	522	— Eruption érythémato-pigmentée par antipyrine et pyramidon, par J. BAITO FORESTI . . . . .	324
<b>Dermo-épidermites.</b> Dermo-épidermites microbiennes streptostaphylococciques « parcheminées », par GOUGEROT . . . . .	323	— Sur un eczéma du front consécutif à un « ertsat » du cuir du chapeau et de ses causes, par GALEWSKY . . . . .	335
— Les dermo-épidermites microbiennes en carapace, par GOUGEROT . . . . .	323	— Inclusion cutanée de suie chez les ramoneurs, par K. PICHLER . . . . .	335
<b>Douche filiforme.</b> La douche filiforme en dermatologie, par VEYRIERES et FERREYROLLES . . . . .	156	— Dermatite par le suc d'asperge, par BRENNING . . . . .	335
— La douche filiforme en dermatologie (exposé succinct de la technique, des indications et des résultats), par DESAUX et NOËL . . . . .	318	— Dermatose due au Carpoglyphus passularum, par O'DONOVAN . . . . .	335
<b>E</b>		— Un nouveau cas de la soi-disant dermatite dysménorrhéique chez l'homme, par A. BRAUER . . . . .	411
<b>Eczéma.</b> Eczéma verrueux nodulaire (prurigo nodulaire), par E. AHRENS . . . . .	393	— Exanthème antipyrinique rare, par BOAS . . . . .	411
— La sensibilisation aux albuminoides dans l'eczéma des adultes, par FOX et FISCHER . . . . .	324	— Sur une coloration de la peau au niveau des veines du bras après emploi de la chrysarobine, par H. FISCHER . . . . .	412
— Cytologie des lésions élémentaires de l'eczéma, des eczématides et du psoriasis, par A. CIVATTE . . . . .	521	<b>Erythème annulaire.</b> Erythème annulaire centrifuge. Erythème papulo-circiné migrateur et chronique, par J. CERVERA . . . . .	326
<b>Eléphantiasis.</b> Traitement de l'éléphantiasis tuberculeux, par H. GOUGEROT . . . . .	412	<b>Erythème noueux.</b> Erythème noueux; son traitement par le vaccin anti-streptococcique, par LEVINSOHN . . . . .	413
<b>Eléphantiasis ano-rectal</b> (Syphilome ano-rectal de FOURNIER), par JERSILD . . . . .	433	<b>Erythème pigmentaire.</b> Erythème pigmentaire de la région claviculo-sternale de la femme, par F. FASANI-VOLARELLI . . . . .	322
<b>Epithéliomas.</b> Ulcération épithéliomateuse des goudronneurs, par O'DONOVAN . . . . .	324	<b>Erythrodermie exfoliante.</b> Erythrodermie exfoliante maligne d'origine toxique, par LAURENTIEN . . . . .	356
		<b>Erythromégalgie.</b> Sur l'ery-	

throméralgie, par KUNSTMANN . . . . .	413	thèmes au cours de la grippe, par LEIMDORFER . . . . .	414
<b>Erythromélie.</b> Contribution à l'étude de la dermatite chronique atrophique (Erythromélie de Pick) (Acrodermatitis chronica atrophicans de Herxheimer), par PAUTRIER et ELIASCHEFF . . . . .	241	H	
<b>F</b>		<b>Histologie cutanée.</b> Dégénération mucineuse du tissu conjonctif de la peau (coloration sur des coupes paraffinées), par KREINICH . . . . .	414
<b>Fibrome cutané.</b> Fibrome dououreux de la peau, par J. CERVERA . . . . .	356	<b>Hyperkératose.</b> Sur l'hyperkératose diffuse congénitale, par J. GOLAY . . . . .	97
<b>G</b>		<b>Hypothyroïdie.</b> Observation clinique concernant l'influence de l'hypothyroïose sur les dystrophies cutanées, par F. FISCHL . . . . .	415
<b>Généralités.</b> Publications de Pharmacologie, par G. BACHEM . . . . .	88	I	
— Les affections professionnelles de la peau, par WHITE . . . . .	92	<b>Ichtyose.</b> Sur l'ichtyose foetale, par THIBIERGE et LEGRAIN . . . . .	336
— Maladies de la peau, par MACLEOD . . . . .	93	<b>Impétigo.</b> Impétigo herpétique, par ABERASTURY . . . . .	42
— Eléments de thérapeutique dermatologique et vénérérologique, par PULVERMACHEN . . . . .	93	— Origine de l'impétigo, par E. FLEHME . . . . .	415
— Numéro consacré à P.-G. Unna à l'occasion de son 70 <sup>e</sup> anniversaire . . . . .	94	<b>Infection cutanée.</b> Infections par Manicures, par KERBL . . . . .	415
— Précis-atlas de pratique dermatologique, par L. BROOQ . . . . .	281	K	
— Dermatologie usuelle, Diagnostic et traitement, par BARTHÉLÉMY . . . . .	285	<b>Kératome.</b> Kératome héréditaire palmaire et plantaire, altérations des ongles, anomalie des cheveux, épaississement de l'extrémité des doigts et des orteils dans cinq générations successives, par H. FISCHER . . . . .	416
— L'année thérapeutique, par CHEINISSE . . . . .	332	L	
— Travaux pratiques d'anatomie pathologique en 14 séances, par G. ROUSSET et BERTHARD . . . . .	427	<b>Langue.</b> Langue brûlante (Burning tongue), par ENGMAN . . . . .	42
— Examen des laboratoire du médecin praticien, par LAROCHE . . . . .	428	<b>Leiomyome.</b> Leiomyome (Leiomyoma), par SAVATARD . . . . .	416
— Précis de microscopie, par LANGERON . . . . .	428	<b>Leishmaniose.</b> Deux cas de leishmaniose cutanée contractée en Espagne et en France. Premier cas de contagion en France, par PAUL RAVAUT . . . . .	29
— Thérapeutique clinique, par A. MARTINET . . . . .	479	— Sur l'Espundia, par YUTAKA KATO . . . . .	326
— De l'anaphylaxie à l'immunité, par M. ANTHUS . . . . .	479	— Sur un cas debouton d'Orient, examen histologique, par FELKE . . . . .	410
— The treatment of diseases of the skin, par SIBLEY . . . . .	528		
— A handbook of skin diseases and their treatment, par A. WHITFIELD . . . . .	528		
<b>Granulome.</b> Un cas de granulome diptérique chronique, par GRAHAM LITTLE . . . . .	413		
<b>Grippe.</b> Enanthèmes et exan-			

— Trois cas intéressants de Leishmaniose, par FILHO . . . . .	522	circonscrit nœviforme, par FABRY et ZIEGENTHIN . . . . .	418
<b>Leishmaniose.</b> Contribution à l'étude de la leishmaniose cutanée, par de CARVALHO . . . . .	523	<b>Lymphangiome.</b> Un cas de lymphangiomyome multiple infectieux, par G. PERINET . . . . .	43
<b>Lèpre.</b> De quelques observations histologiques nouvelles dans la lèpre tuberculeuse, par A. CEDERKREUTZ . . . . .	326	<b>M</b>	
— Menstruation et fécondité dans la lèpre, par NOEL . . . . .	396	<b>Maladies vénériennes.</b> L'extension des maladies vénériennes à Berlin, par BLASCHKO . . . . .	368
<b>Leucémies.</b> Relation pathogénique entre les leucémies et certaines dermopathies, par L. BETANCES . . . . .	187	— Maladies vénériennes dans les grandes villes allemandes, par A. BUSCH . . . . .	368
<b>Leucoplasie.</b> Semiologie des Leucoplasies buccales, par BONNET . . . . .	42	— La lutte antivénérienne chez les prostituées, à Rouen, par PAYENNEVILLE . . . . .	369
<b>Lichens albus.</b> Diagnostic du lichen albus (v. Zumbusch), par W. SCHMIDING . . . . .	417	— La valeur de la prophylaxie, par MOONE anti vénérienne . . . . .	369
<b>Lichen plan.</b> Des troubles généraux, et en particulier des altérations sanguines au cours du lichen plan, par B. PONTOPPIDAN . . . . .	188	— La prophylaxie des maladies vénériennes, par CARLE . . . . .	427
— Lichen simple circonscrit avec décollements sacculaires cutanés et nodosités juxta-articulaires, par NOEL . . . . .	514	<b>Microbiologie.</b> Précis de microbiologie clinique, par F. BEZANCON . . . . .	91
<b>Lupus érythémateux.</b> Formation osseuse dans un lupus érythémateux, par TRIMBLA . . . . .	42	<b>Myase.</b> Traitement de la myase rampante ou creeping eruption, par KIME . . . . .	43
— Sur le traitement du lupus érythémateux, par W. KIENDL . . . . .	188	<b>Mycoses.</b> Trichomycose pulmonaire de Pick, par PORCELLI . . . . .	44
— Autopsie d'un cas de lupus érythémateux, par LOW et RUTHERFORD . . . . .	417	— Un cas de favus autochtom, par BAITO FORESTI . . . . .	44
— Un cas mortel de lupus érythémateux avec autopsie, par LOW, LOGEN et RUTHERFORD . . . . .	417	— Sur un cas de saccharomycose labiale, par R.-E. RIBEYRO . . . . .	44
<b>Lupus tuberculeux.</b> L'action de la tuberculine sur le lupus vulgaire, par AITKEN . . . . .	43	— Remarques cliniques sur le Kérion de Celse, par RASCH . . . . .	328
— Traitement du lupus vulgaire par les bains de lumière artificielle, par A. RETZ et N. P. ERNST . . . . .	327	— Contribution à l'étude de quelques mycoses au Pérou, par ESCOMEL . . . . .	328
— Du traitement du lupus vulgaire, par ADAMSON . . . . .	418	— Epidémie de microsporie dans l'Allemagne rhénane et westphalienne, par SPECHT . . . . .	329
— Un traitement du lupus vulgaire, par ADANATON . . . . .	418	— Microsporie dans la région rhénane, par E. HOFFMANN . . . . .	329
— De la fréquence des localisations diverses du lupus vulgaire d'après 900 cas observés à l'Institut de l'infirmerie de Copenhague, par WIRU . . . . .	418	— Sur le sycosis parásitaire et son traitement spécifique, par ANZI et FUCHS . . . . .	419
<b>Lymphangiokératome.</b> Sur 2 cas de lymphangiokératome	418	— Diagnostic différentiel de la microscopie et de la trichophytie superficielle du cuir chevelu, par R.-O. STEIN . . . . .	419
		— Sur l'érosion interdigitale blastomycétique, par J. STICKEL . . . . .	419
		<b>Mycosis fongoïde.</b> Un cas de mycosis fongoïde soumis au traitement arsenical avec réaction paradoxale marquée, par PACIFICO DIAZ . . . . .	44

N	
<b>Neuro-fibromatose.</b> Un cas de maladie de Recklinghausen avec Acromégalie, par OS-MOND . . . . .	420
<b>Noma.</b> Sur l'étiologie du noma, par STUMPK . . . . .	420
<b>Nœvus.</b> Sur la question du nœvus, par LEVEN . . . . .	420
— Un cas de nœvus pseudo-radiculaire du membre supérieur. Contribution à l'étude des topographies sympathiques, par LAIGNEL-LAVASTINE et TINEL . . . . .	420
<b>Nouvelle maladie cutanée.</b> Une nouvelle maladie à manifestations cutanées causée par un bacille acido-résistant, par E. MARCHOUX . . . . .	385
O	
<b>Edème angio-neurotique.</b> Le traitement autohémothérapie de l'œdème angio-neurotique (Maladie de Quincke), par E. SCHULMANN . . . . .	421
P	
<b>Pachydermie.</b> Un nouveau cas de pachydermie vorticellée, du cuir chevelu, par LENORMANT . . . . .	312
<b>Papillomatose.</b> Papillomatose maligne de la peau, par G. FANTL . . . . .	421
<b>Parapsoriasis.</b> Contribution à l'étude du parapsoriasis de Brocq et de la dermatite nodulaire psoriasisiforme de Jadassohn, par S. HANAWA et S. NAGAI . . . . .	45
<b>Pelade.</b> Sur quelques facteurs étiologiques de la pelade, par M. JEANSELME . . . . .	523
<b>Pellage.</b> La pellage dans le Trentin après la guerre, par PROBIZER . . . . .	421
<b>Pemphigus.</b> Pemphigus foliacé et ostéomalacie, par W. SCHULZTE . . . . .	422
<b>Phlycténose.</b> Sur une phlycténose récidivante des extrémités avec réaction ménin-gée appartient-elle à la dermatite polymorphe doulou-	
reuse, par L. CHATELLIER . . . . .	131
<b>Pian.</b> Pian des muqueuses, par NOEL . . . . .	72
<b>Pigmentation.</b> Pigmentation réticulée des cuisses due à la chaleur, par DU BOIS . . . . .	82
<b>Pityriasis rosé.</b> Pityriasis rosé du cuir chevelu, par KUMEN . . . . .	422
<b>Pityriasis rubra.</b> Pityriasis rubra grave (type Hébre), par MALHERBE . . . . .	346
<b>Poils.</b> Trichoclasies, trichorrexies et trichoptiloses, par SABOURAUD . . . . .	445
<b>Porokératose.</b> Porokératose pigmentaire nigricante et atrophique, par N. V. GRECO . . . . .	45
— Un cas de porokératose de Mibelli unilatérale, par O. K. SCHOLL . . . . .	423
— Sur la porokératose de Mibelli, par BRUCK et HINSZ . . . . .	423
<b>Prurigo.</b> Deux cas de prurigos rebelles guéris par l'autohé-mothérapie, par MM. J. NICOLAS, J. GARÉ et D. DUPASQUIER . . . . .	127
<b>Prurigo nodulaire.</b> Prurigo nodulaire (Hyde), par C. RASCH . . . . .	188
<b>Psoriasis.</b> Evolution d'une dermatose (1909-1915) commençant comme un psoriasis vulgaire et après une phase intermédiaire d'éczéma terminé sous deux formes cliniques, se succédant à courte distance : psoriasis rupioïde et pemphigus foliacé, par G. VERNOTTI . . . . .	189
— Un cas de psoriasis vulgaire généralisé avec aménorrhée, guéri par l'opothérapie ovarienne, par G. VERNOTTI . . . . .	189
— Psoriasis bulleux, par KISS-MEYER . . . . .	423
— Altérations de la muqueuse buccale dans le psoriasis vulgaire, par H. REU . . . . .	423
— Cas montrant l'influence du traumatisme sur la distribution du psoriasis, par SMALL . . . . .	423
— Les théories étiologiques et pathogéniques du psoriasis, par M. L. BORY . . . . .	523
— Deux cas de psoriasis traités par la méthode de Danysz, par BARBER . . . . .	524
<b>Purpura annulaire.</b> Un cas de Purpura annularis télangiectodes limité à la zone sous-	

ombilicale de la paroi abdominale, coexistant avec un fibrome utérin. Guérison après hystérectomie, par G. VERROTTI . . . . .	189	Trichophytie. Les trichophytides, par Br. BLOCH . . . . .	155
<b>Pyodermite.</b> Eruption lichenoïde au cours des pyodermies (lichen pyodermique), par H. T. SAHRENS et GOEHL . . . . .	424	— Sur l'action thérapeutique d'une préparation obtenue par la digestion de cultures trichophytiques (Joannovics), par H. FUNS . . . . .	191
<b>R</b>			
<b>Radiothérapie.</b> Traitement radiothérapeutique de la barbe chez les femmes, par F. MAYER . . . . .	190	— Trichophytie de la barbe rapidement guérie par des injections intraveineuses de liqueur de gram, par P. RAVAUT . . . . .	229
<b>Rhinosclérose.</b> Un cas de rhinosclérose au Maroc, par DEKESTER et MARTIN . . . . .	401	— Sur le lichen trichophytique, par RIEHL . . . . .	329
<b>S</b>			
<b>Stomatite.</b> Sur la stomatite ulcéruse, par WEINHARDT . . . . .	424	— Sur une forme spéciale de trichophytie unguéale, par RAVAUT et H. RABEAU . . . . .	363
<b>Sycosis.</b> Une poussée de sycosis simple sur l'emplacement d'une ancienne brûlure par l'hypérite et de l'action favorable du vaccin streptostreptococcique, par GREENBERG . . . . .	460	— Trychophytie cutanée de diagnostic difficile, par GRAVAGNA . . . . .	489
<b>T</b>			
<b>Télangiectasies.</b> Télangiectasie héréditaire hémorragique (Osler), par S. GRESSING . . . . .	190	<b>Tuberculide.</b> Sur une dermatose (tuberculide ?) constituée par des éléments éruptifs successifs pigmentés, érythémato-papulo-pigmentés, et mollusciformes, par G. AUDRY et BERTUCAT . . . . .	49
<b>Thérapeutique.</b> L'importance des traitements internes en dermatologie : l'emploi du cacodylate de soude à hautes doses et de l'hyposulfite de soude, par P. RAVAUT . . . . .	45	<b>Tuberculose cutanée.</b> Tuberculose végétante de la peau, G. VOGEL . . . . .	425
— Des résultats obtenus par le traitement interne intensif de quelques dermatoses, par F. CLÉMENT . . . . .	190	<b>Tumeurs cutanées.</b> Rapport sur deux cas de sarcomate idiopathique hémorragique (Kaposi) dont le premier compliqué de leucémie lymphogène, par COLE et CRAMP . . . . .	46
— La cryothérapie en Dermatologie, par M. VIGNAT . . . . .	329	— Deux cas de carcinome du goudron, par SEGUEIRA . . . . .	46
— La saignée dans le traitement de certaines affections cutanées, par KINGSBURY et BECTET . . . . .	329	— Diagnostic des tumeurs, par ROUSSET et LEROUX . . . . .	333
— Le cacodylate de soude à hautes doses contre la syphilis et certaines dermatoses, par L. CHEINISSE . . . . .	330	— Sur une tumeur myéloidermique à mégacaryocytes (mégacaryocyome) de l'aile du nez, par ARGAUD et J. MONTPELLIER . . . . .	391
— La pomade au ratanhia comme épidermisan, par A. FRIED . . . . .	425	— Tumeurs pseudo-éléphantiques congénitales de la nuque, par NOËL . . . . .	463
<b>U</b>			
<b>Ulcérations cutanées.</b> Un cas d'ulcération récidivante de la peau causée par un bacille		<b>Tumeur mélancie.</b> Sur les tumeurs mélanciques, par W. TREUHERZ . . . . .	425
		— Une tumeur mélancique de la lèvre traitée par le Radium, par MONTGOMERY et CULVER . . . . .	426

diphéroïde, par BARBER et KNOTT . . . . .	46	— Vaccinothérapie par les auto-vaccins auto-sensibilisés, par M. VIALLET . . . . .	330
— Recherches sur les ulcérations trophiques après blessures des membres, par R. LERICHE .		— <b>Vaselinome ganglionnaire.</b> Le vaselinome ganglionnaire, par FAVRE et CIVATTE . . . . .	525
<b>Ulcère phagédénique.</b> L'ulcère phagédénique des pays chauds, par CLÉMENT, Jean DONATO et Paul PARET . . . . .	47	<b>Vitiligo.</b> Vitiligo avec productions verruqueuses centrales pigmentées, par BUNCH . . . . .	526
<b>Urticaire.</b> Considérations sur la physiologie pathologique de l'urticaire, par A. LOUSTE . . . . .	177	— Vitiligo des reins (en ceinture), par K. KREIBICH . . . . .	526
— L'urticaire anaphylactique, par PIGNET . . . . .	47	— Etudes sur l'effet de la lumière sur le vitiligo, par WITH . . . . .	48
— Un cas d'urticaire persistante verrueuse, par H. HIRSCH et W. BAUER . . . . .	184	<b>Vulvite.</b> Diphthérie de la vulve chez l'adulte semble à un chancre simple, par E. KROMAYER . . . . .	36 8
— Urticaire symétrique (dysménorrhéique de Matzenauer-Polland), par C. KREIBICH .	426		
— Un cas d'urticaire pigmentée avec lésions bulleuses, par MAC LEOD . . . . .	426		
— Urticaire factice ou dermographisme, par PAJARIS . . . . .	524	<b>Xanthome.</b> Contribution à l'étude du xanthome papuleux généralisé, par SPILLMANN et WATRIN . . . . .	48
— Urticaires et action des acides, par V. KÖLLERT . . . . .	524	— <b>Xanthoma Diabeticorum,</b> par SIBLEY . . . . .	527
— Sur la pathologie de l'urticaire menstruel, par H. GEBER .	525		
X			
V			
<b>Vaccinothérapie.</b> Le vaécin antistaphylococcique et le traitement de la furonculose, par Ch. LAURENT . . . . .	48	Z	
SYPHILIS			
I. — ETUDE CLINIQUE			
<b>Aorte.</b> Comment faut-il traiter l'anévrysme syphilitique de l'aorte, par ETTINGER . . . . .	239	(syphilis à bubon d'emblée), par AUDRY et CHATELLIER . . . . .	305
<b>Cœur.</b> Contribution à l'étude de l'étiologie de l'angine de poitrine vraie et rôle de la syphilis, par GALLAVARDIN . . . . .	286	<b>Glandes.</b> La syphilis des glandes endocrines, par E. SCRULMANN . . . . .	287
<b>Estomac.</b> Syphilis de l'estomac, par BESNAUDE et RIVET . . . . .	286	<b>Intestin.</b> Un cas de syphilis intestinale, par W. RIBEIRO . . . . .	287
<b>Foie.</b> De l'ictère syphilitique antérosolique et des manifestations cliniques de la syphilis avant la roséole, par L. CHATELLIER et V. BONNETTE . . . . .	165	<b>Iris.</b> Trois cas de syphilis dans une même famille, compliqués tous trois d'iritis secondaire précoce, par ESCHER . . . . .	454
— Syphilis du foie, par WILE . . . . .	287	<b>Os.</b> Syphilis osseuse à manifestations multiples, par GILBERT et SAINT-GIROS . . . . .	288
<b>Ganglion.</b> Syphilis cryptocarcinique à début ganglionnaire		<b>Peau.</b> Localisation peu fréquente de syphilides pigmentaires en plaques larges, par GRAVAGNA . . . . .	121
		<b>Prostate.</b> Syphilis de la prostate, par THOMPSON . . . . .	288

<b>Uterus.</b> Syphilis de l'utérus et des annexes, par OZENNE . . . . .	480	litique, par BOUCHEUT et de LAMBERT . . . . .	287
<b>Système nerveux.</b> Syphilis et système nerveux, par NONNE . . . . .	480	— Encéphalite létargique et syphilis, par RENAUD . . . . .	465
— Envahissement du système nerveux au cours de la première période de la syphilis, par WILE et HASLEY . . . . .	467	<b>II. — CONTAGION</b>	
— Quelques observations sur la Syphilis du système nerveux central, par SCOTT et PEARSON . . . . .	84	<b>Contagion.</b> Trois cas de contagion syphilitique au passage, par LOMHOLT . . . . .	17
— Syphilis des centres nerveux, cause et traitement, par E. FINGER . . . . .	376	— Un cas de syphilis conjugale paraissant confirmer la théorie de Levaditi et Marie, par PIGNET . . . . .	516
— L'importance du diagnostic et du traitement de la syphilis nerveuse au début de l'infection, par FORDYCE . . . . .	468	<b>III. — DIAGNOSTIC</b>	
— Syphilis mésocéphalique. Discussion du diagnostic avec l'encéphalite létargique, par ACHARD et J. ROUILLARD . . . . .	465	<b>Diagnostic.</b> Le diagnostic clinique de la syphilis, par G. PIGNET . . . . .	284
— Pseudo paralysie bulbaire par artérite syphilitique précoce, par HAEDO . . . . .	465	<b>IV. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE</b>	
— Meningite syphilitique partielle ayant déterminé une paralysie du nerf moteur oculaire externe et du nerf facial du côté gauche chez une fillette de 11 mois, par MANFAN . . . . .	375	<b>Syphilis héréditaire.</b> Les nouvelles lois de l'héredo-syphilis, par CARLÉ . . . . .	86
— La paralysie générale et la guerre, par H. BENON . . . . .	467	— Kéратite interstitielle et arthrite double du genou dans la syphilis héréditaire, par C. RASCH . . . . .	87
— Mal perforant plantaire chez une femme syphilitique sans symptômes de tabès, par Ch. ACHARD et J. ROUILLARD . . . . .	466	— De quelques rares maladies des ongles : syphilis congénitale, par HELLER . . . . .	87
— Crises douloureuses du tabès et cacodylate de soude, par MAÎCHEAL . . . . .	461	— Hémoglobulinurie paroxystique chez un enfant de sept ans héredo-syphilitique, par MM. PÉRU, J. CHALIER et CONTAMIN . . . . .	87
— Diplégie faciale syphilitique, par RAGUSIN . . . . .	464	— Desquamation lamelleuse collodionnée des nouveau-nés, par L. M. BONNET et GAILLARD . . . . .	87
— Nouvelle contribution à l'étude des lésions du nerf acoustique dans la syphilis récente, par J. CAPELLI et G. TONIGIANI . . . . .	464	— Sur l'agénésie d'une ou des deux incisives latérales supérieures comme signe d'héredo-syphilis, par CADENAT . . . . .	405
— Névrite optique syphilitique bilatérale. Echec absolu du traitement mercuriel. Guérison complète par le novarsénobenzol, par MM. Bussy et GATÉ . . . . .	464	— Les réveils de la syphilis héreditaire sous l'influence des infections aiguës banales ou spécifiques, par V. HUTINEL et L. NADAL . . . . .	86
— La névralgie sciatique d'origine syphilitique, par BORDET . . . . .	464	— Héredo-syphilis et tabès. Crise abdominale ayant simulé une appendicite, par CADE et MORENAS . . . . .	466
— Polynévrite syphilitique, par W. KERL . . . . .	287	— Le traitement de la syphilis conceptionnelle et infantile, par BONY . . . . .	88
— Un cas de polynévrite syphi-		<b>V. — ÉTUDE BIOLOGIQUE</b>	
		<b>Spirochète.</b> Sur les applications actuelles de la méthode de coloration de Fontana-Tribondeau, par A. FONTANA . . . . .	233
		— Sur l'efficacité (comparée) des	

diverses méthodes de recherche du spirochète pâle, avec remarques sur la morphologie, par W. OULZÉ . . . . .	233	— De la réaction des femelles en gestation et en lactation à l'inoculation du tréponème pâle, par BROWNS et PEARCE . . . . .	477
— Condenseur à éclairage direct, par ANZT . . . . .	233	<b>Sérologie.</b> Les syphilis que le Wassermann négatif fait méconnaître. Nécessité des enquêtes familiales, par PIGNARD . . . . .	373
— Constatations de spirochètes dans le sang des syphilitiques récents, par L. ANZT et W. KNAU . . . . .	474	— Trois cas de syphilis avec réaction de Wassermann négative, par FOX . . . . .	373
— Présence du Tréponème dans le sperme. Problèmes soulevés au point de vue de l'héritérité de la syphilis, par PIGNARD . . . . .	475	— Syphilis, Wassermann négatif et mariage, par H. NOUÉ . . . . .	373
— Seconde méthode perfectionnée pour la recherche du tréponème pâle dans les tissus, par WASTHIN et STARRY . . . . .	477	— Réaction de Wassermann positive chez des sujets non-syphilitiques après un traitement intraveineux, par STICKLER, MUNSON et SIDLICK . . . . .	374
<b>Ponction des ganglions.</b> Sur la ponction des ganglions pour le diagnostic précoce de la Syphilis initiale, par TILLING . . . . .	234	— La réaction de Wassermann en dehors de la syphilis, par M. TOURAINE . . . . .	471
— Spirochètes dans les ganglions lymphatiques, par R. FAUHWALD . . . . .	234	— La réaction de Bordet-Wassermann dans l'angine de Vincent, par G. MOURQUAND, GATÉ et HUGHES . . . . .	233
— Une méthode pour la recherche du spirochète pâle dans les ganglions lymphatiques régionaux, par SCHULTZ . . . . .	235	— Sur quelques aspects méconnus de la syphilis. Intérêt pratique de la réaction de Desmoulières, par MERKLEN, DEVAUX et DESMOULIÈRES . . . . .	472
— Histologie des adénites ramollies pendant la syphilis primaire, par FINSTERLIN . . . . .	235	— Intérêt de la méthode des dilutions dans la Réaction de Bordet-Wassermann ; numération des unités d'anticorps, par PEYRE . . . . .	374
<b>Syphilis expérimentale.</b> Recherches sur une maladie syphiloïde du lapin (parasyphilis du lapin), par F. JACOBSTHAL . . . . .	135	— Recherches analytiques sur la composition en corps gras et lipoides des antigènes employés dans la réaction de Wassermann, par P. LUMELAND . . . . .	375
— La production de syphilis généralisée chez le lapin par inoculation locale, par BROWN et PEARCE . . . . .	137	— Valeur du complément dans la réaction de Wassermann, par A. PRUNELL . . . . .	473
— A propos de la syphilis généralisée du lapin, par G. L. COLOMBO . . . . .	137	— Méthode pour mesurer l'intensité de l'état constitutionnel syphilitique au moyen de la réaction de Wassermann, par A. SALVAT . . . . .	473
— Sur la syphilis du lapin, par ANZT et KRAL . . . . .	234	— Utilisation pratique de la réaction de flocculation de Sachs-Georgi, par E. GEORGE . . . . .	474
— Infections latentes avec démonstration du tréponème pâle dans les tissus lymphoides du lapin, par BROWN et PEARCE . . . . .	476	— Disposition colloïdale particulière aux sérum des syphilitiques et aux sérum dits « anti-complémentaires », par Ed. PAYAN . . . . .	474
— Etude expérimentale du syphilis latent en tant que porteur de germes, par ESEN- SOA et ENGNAN . . . . .	476	— L'Azotémie, la cholémie et la spirochète dans leurs rap-	474
— La dissémination du spirochète pâle dans la syphilis expérimentale, par ERICKSON . . . . .	477		

ports avec le pouvoir flocculant des sérum mesuré par la réaction de Verne, par M. Héloquin . . . . .	474	généraux, par BRIAND et A. ROQUIEN . . . . .	378
<b>Liquide céphalorachidien.</b>		— Dosage du sucre dans le liquide céphalo-rachidien, par POLONOWSKI et DUROT . . . . .	469
Syphilis latente et altérations du liquide céphalo-rachidien. Recherches pratiquées sur les prostituées, par J. KYALE . . . . .	85	— Préparation d'une échelle diaphanométrique stable pour le dosage de l'albumine du liquide céphalo-rachidien, par BLOCH et POMARET . . . . .	378
— Etat du liquide céphalo-rachidien aux différentes époques de la syphilis non traitée, par T. KOHNS . . . . .	235	— Echelle diaphanométrique de nature albuminoïde pour le dosage rapide et précis de l'albumine du liquide céphalo-rachidien, par M. MESTREZAT . . . . .	469
— Altérations syphilitiques de l'œil en cas d'altérations du liquide céphalo-rachidien, par SRNOSS et FUCUS . . . . .	236	— La Réaction du benjoin colloidal avec les liquides céphalo-rachidiens des syphilitiques nerveux, par G. GUILAIN, G. LAROCHE et P. LÉCHELLE . . . . .	86
— Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis primaire et secondaire, par M. SVEN . . . . .	263	— La Réaction du benjoin colloidal dans la méningite tuberculeuse, par GUILAIN, LAROCHE et LÉCHELLE . . . . .	378
— Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis traitée, par T. KORN . . . . .	376	— Contribution à l'étude biologique du liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis nerveuse par la réaction du benjoin colloidal, par J. HUNER . . . . .	469
— Note sur l'examen du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, par MARIANI . . . . .	467		
— Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis traitée, par MOORE . . . . .	468		
— Examen des aliénés. Nouvelles méthodes biologiques et cliniques, par A. BARNÉ . . . . .	332	<b>VI. — ETUDE THÉRAPEUTIQUE</b>	
— Le syndrome humoral de la paralysie générale. Son application à l'étude des paralysies générales prolongées, par HAGUENAU . . . . .	334	<b>Généralités.</b> Le traitement préventif de la syphilis, par GOLAY . . . . .	384
— Constatations de spirochètes dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis, par M. JOKAS . . . . .	387	— Sur le traitement abortif de la syphilis, par LEVENS . . . . .	139
— Réaction spéciale du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis des centres nerveux par la présence d'anticorps spécifiques thermolabiles, par C. RIZZO . . . . .	470	— Comment obtenir le plus sûrement la guérison radicale de la syphilis à la période primitive séropositive, ou à la période secondaire précoce, par HEBERMANN et SIUS . . . . .	139
— Réactivation du liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis nerveuse, par SALOMON et KLAUDER . . . . .	470	— Faut-il traiter la femme enceinte d'un syphilitique, par CARLE . . . . .	23
— Sur la pression du liquide céphalo-rachidien, par BARNÉ et SCHRAFF . . . . .	378	— Recherches sur le traitement intensif ininterrompu de la syphilis, par J. ALMKVIST . . . . .	140
— Des variations du taux du glucose de l'albumine et de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques		— De l'efficacité respective des différents traitements de la syphilis nerveuse, par SNOOKES et OSTORNE . . . . .	471
		— Syphilis and its treatment, par S. FOX . . . . .	528
		— Le traitement de la syphilis, par SHERIDAN . . . . .	285

— Contribution à l'étude de l'efficacité relative des diverses préparations mercurielles dans le traitement de la syphilis héréditaire de l'enfant suivant la quantité de mercure éliminée par les urines, par RAMSEY et GROEBNER . . . . .	237	— Sur la question des récidives de la syphilis après le salvarsan, et le néo-salvarsan par W. LOWENSTEIN . . . . .	382
— Dangers des traitements actifs insuffisants de la syphilis, par TOULOUSE . . . . .	335	— Examen de la fonction rénale dans le traitement par le salvarsan, par H. COLVAN et W. KRON . . . . .	240
— De l'influence des traitements insuffisamment actifs sur l'apparition des syphilis méningées, par PINARD . . . . .	239	— Faits frappants concernant la toxicité de l'arsphénamine et de la néo-arsphénamine, par ROTU . . . . .	141
<b>Traitements mercuriel.</b> Administration intraveineuse de biiodure de mercure dans le traitement de la syphilis, par SPITTEL . . . . .	138	— Étude comparative sur la toxicité de l'arsphénamine et de la néo-arsphénamine, par SCHAMBERG, KOLMER et RAISS . . . . .	142
— Traitement de la syphilis par une nouvelle préparation mercurielle, par LEVENGOOD . . . . .	139	— Étude comparative de l'activité trypanocide de l'arsphénamine et de la néo-arsphénamine, par SCHAMBERG, KOLMER et RAISS . . . . .	143
— L'action du salicylate de mercure sur la réaction de Wassermann, par GOODRICK . . . . .	238	— Sur le silbersalvarsan, par L. ANZT . . . . .	140
<b>Traitements arsenical.</b> Le traitement de la syphilis par les composés arsenicaux, par LACAPERE . . . . .	94	— Le silbersalvarsan, par ESCRIBER . . . . .	203
— Rapport de la Commission du Salvarsan à la Société médicale de Cologne, par MENROWSKY . . . . .	382	— Expériences avec le silbersalvarsan, par E. SITTA . . . . .	238
— Considérations biochimiques sur les arsénothérapies de la syphilis, par POMARET . . . . .	333	— Recherches sur le traitement de la syphilis par le silbersalvarsan et le sulfoxylate, par R. NEUDORFF . . . . .	238
— Falsifications du néosalvarsan, par L. ARTZ . . . . .	141	— Luuorgol et Silbersalvarsan, par M. DANYSZ . . . . .	383
— Le sulfarsénol dans le traitement de la syphilis et mention spéciale sur son administration par voie hypodermique, par DOPLÉ . . . . .	384	<b>Traitements par l'urotropine.</b> Un cas de syphilis secondaire traité par les injections intra-veineuses d'urotropine, par RAVAUT et H. RABEAU . . . . .	320
— Traitement de la syphilis : injections sous-cutanées de novarsénobenzol, par A. POU-LARD . . . . .	140	— Note à propos des injections intra-veineuses de formine (urotropine) dans le traitement de la syphilis, par POMARET et THINE . . . . .	317
— Les injections novarsénicales sous-cutanées quotidiennes, par JEAN MINET . . . . .	141	<b>Traitements par les protéines.</b> Sur la thérapeutique par les protéines, particulièrement en ce qui touche la syphilis, par R. SCHREINER . . . . .	138
— Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées d'arsénobenzènes, par EMERY et MORIN . . . . .	141	<b>Traitements intra-rachidiens.</b> Les injections intrarachidiennes de novarsénobenzol dans le traitement des syphilis nerveuses, par P. RAVAUT, ARBEIT et RABEAU . . . . .	144
— Traitement de la syphilis nerveuse par les injections novarsénicales à petites doses répétées et prolongées, par J.-A. SIBARD . . . . .	143	— Traitement intrarachidien de la syphilis nerveuse, par MITCHELL . . . . .	239
		— Le traitement intra-rachidien de la syphilis nerveuse.	

Rachisérum - salvarsanothérapie, par M. PAULIAN . . . . .	377	ses d'Arsénobenzol, par STRICKLER . . . . .	381
— Le traitement de la syphilis nerveuse par la voie intrarachidienne, par KLEIDEL et MOORE . . . . .	470	— Les accidents produits par les novarsénobenzènes. Classification et prophylaxie, par RAVAUT . . . . .	494
— A propos de 100 injections de néosalvarsan dans le sinus longitudinal supérieur, par E. DE MIGUEL . . . . .	471	— Ictères consécutifs au traitement par le néo-salvarsan et le salvarsan, par P. NICAUD . . . . .	90
<b>Accidents du mercure.</b> Mélanoplasie argyrique de la muqueuse buccale, par O. SIEVERT . . . . .	44	— A propos de la question des icères au cours du traitement arsenical de la syphilis. Un cas d'ictère grave mortel avec dosage de l'arsenic dans le foie, par POLICARD et PINARD . . . . .	382
— Transformation maligne d'un exanthème par Hg et salvarsan (Erythrodermie exfoliante généralisée), par HENNEMANN . . . . .	89	— A propos des icères para-arsenicaux, par M. MILIAN . . . . .	382
— Sur un cas d'intolérance pour le mercure, et le silbersalvarsan, par O. MARCHESBERG . . . . .	90	— Exanthème fixe après l'ancien salvarsan, par GAUTZ . . . . .	89
— Stomatite mercuricelle mortelle, par H. Voss . . . . .	240	— Erythème fixe récidivant par salvarsan, par M. LIEBKIND . . . . .	89
<b>Accidents des arsenicaux.</b> Intoxications et morts par les arsénobenzènes. — Leur cause, par LAURENTIER . . . . .	38	— Sur les exanthèmes du Salvarsan, par HOFFMANN . . . . .	89
— Contribution à l'étude des arsénobenzolides. Pemphigus foliacé d'origine arsénobenzolique, par J. NICOLAS et G. MASSIA . . . . .	145	<b>Accidents par arsenicaux.</b> Action des sérum sur les arsénobenzènes, par M. RUBINSTEIN . . . . .	382
— Sur un cas de syndrome de Raynaud avec gangrène d'origine novarsénobenzolique, par NICOLAS, MASSIA et DUPASQUIER . . . . .	193	— Au sujet de la note de M. Rubinstein sur les arsénobenzènes, par M. POMARET . . . . .	331
— Les réactions cérébrales consécutives aux injections de novarsénobenzol : deux cas mortels, par HIRSH . . . . .	239	— Incoagulabilité sanguine « in vitro » par les arsénobenzènes, par A. TZANCK . . . . .	380
— Un cas de mort par novarsénobenzol pour lequel la toxicité des produits employés ne peut être mise en cause, par NICOLAS et LACASSAGNE . . . . .	250	— Action anticoagulante des injections intraveineuses d'arsénobenzènes, par CH. FLANDIN et A. TZANCK . . . . .	380
— Les accidents cérébraux après le salvarsan, par STURMER . . . . .	378	<b>Traitemennt par les arsénobenzénos.</b> Recherches expérimentales sur quelques caractères de l'action pharmacologique de l'Arsénobenzol, par JACKSON et RAPP . . . . .	379
— Les réactions consécutives aux injections intraveineu-		— L'élimination et la fixation des novarsénicaux thérapeutiques, par KONS-ABRAST, SICARD et PARAF . . . . .	380
		— Anticolloïdocalciasis novarsénicale par le carbonate de soude, par SICARD et PARAF . . . . .	383

Le Gérant : F. AMIRault.



— 1 —

SOMMAIRE DU NUMÉRO 3. — 1921

TRAVAUX ORIGINAUX

<b>J. Golay.</b> — Sur l'hyperkératose diffuse congénitale . . . . .	97
<b>Gravagna.</b> — Localisation peu fréquente de syphilides pigmentaires en plaques larges ( <i>1 figure</i> ) . . . . .	121
<b>J. Nicolas, J. Gaté et D. Dupasquier.</b> — Deux cas de prurigo rebelles guéris par l'autohémosthérapie . . . . .	127
<b>L. Chatellier.</b> — Sur une phlycténose récidivante des extrémités avec réaction méningée. — Appartient-elle à la dermatite polymorphe douloureuse? . . . . .	131

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

<b>Syphilis expérimentale.</b> — Recherches sur une maladie syphiloïde du lapin (parasyphilis du lapin), par <i>F. Jacobsthal</i> . . . . .	137
A propos de la syphilis généralisée du lapin, par <i>G. L. Colombo</i> . . . . .	137
La production de syphilis généralisée chez le lapin par inoculation locale, par <i>Brown et Pearce</i> . . . . .	137

*Voir la suite du sommaire à la page 3.*



*—Ferments lactiques—*



Échantillon. Dr. BOUCARD. 38, Rue Singer PARIS XVI<sup>e</sup>

ANN. DE DERMAT. N° 3.

A





# IODURES & BI-IODURE SOUFFRON

## CHIMIQUEMENT PURS

MAXIMUM de TOLÉRANCE et d'ACTION

<b>IODURES SOUFFRON</b> (KI ou NaI)	1° <b>Solution</b> . . . . . 2° <b>Sirup</b> . . . . . 3° <b>Gouttes</b> . . . . . 4° <b>Dragées</b> . . . . .	= = = = 1 gr. d'iodure par cuillerée à potage. 1 gr. d'iodure par cuillerée à potage. 1 centigr. d'iodure par goutte. 0,25 centigr. d'iodure par dragée.
<b>PRÉPARATIONS</b> <b>BI-IODURÉES</b> <b>SOUFFRON</b>	1° <b>Solution Souffron</b> bi-iodurée mixte 2° <b>Dragées Souffron</b> bi-iodurées 3° <b>Gouttes Souffron</b> bi-iodurées 4° <b>Ampoules Souffron</b> bi-iodurées	1 gr. KI      } par cuillerée à potage. 0,01 HgI <sub>2</sub> } par cuillerée à potage. 0,25 KI      } 0,0025 HgI <sub>2</sub> } par dragée. 0,001 HgI <sub>2</sub> par goutte. a) huileuses à 0,01 par cc. b) aqueuses à 0,01 ou 0,02.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE :  
ÉTABLISSEMENTS ALBERT BUISSON, 157, Rue de Sèvres, PARIS (XV<sup>e</sup>)

**L.B.A.** Laboratoire de Biologie Appliquée **L.B.A.**

TÉLÉPHONE: { 36-64  
ÉLYSÉES { 36-45

**PRODUITS BIOLOGIQUES CARRION**

**NÉOARSENOBENZOL " Sanar " (914)**

**ARSENOBENZOL " Sanar " (606)**

**ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX**

**Ampoules d'Eau bi-distillée : 2, 5, 10 cc<sup>3</sup>**

**V. BORRIEN, Docteur en pharmacie, Faubourg Saint-Honoré, PARIS**

SOMMAIRE (Suite).

Traitemennt de la syphilis. — Sur la thérapeutique par les protéines, particulièrement en ce qui touche la syphilis, par <i>R. Schreiner</i>	138
Administration intraveineuse de biiodure de mercure dans le traitement de la syphilis, par <i>Spittel</i>	138
Traitemennt de la syphilis par une nouvelle préparation mercurielle, par <i>Lewengood</i>	139
Sur le traitement abortif de la syphilis, par <i>Leven</i>	139
Comment obtenir le plus sûrement la guérison radicale de la syphilis à la période primitive séropositive ou à la période secondaire précoce, par <i>Hebermann et Siun</i>	139
Recherches sur le traitement intensif ininterrompu de la syphilis, par <i>J. Almkvist</i>	139
Sur le silbersalvarsan, par <i>L. Arzt</i>	140
Traitemennt de la syphilis : injections sous-cutanées de novarsénobenzol, par <i>A. Poutard</i>	140
Traitemennt de la syphilis par les injections sous-cutanées d'arséno-benzènes, par <i>Énery et Morin</i>	140
Les injections novarsénicales sous-cutanées quotidiennes, par <i>Jean Minet</i>	141
Falsifications de néosalvarsan, par <i>L. Arzt</i>	141
Faits frappants concernant la toxicité de l'arsphénamine et la néoarsphénamine, par <i>Roth</i>	141
Etude comparative sur la toxicité de l'arsphénamine et la néoarsphénamine, par <i>Schamberg, Kolmer et Raiziss</i>	142
Etude comparative de l'activité trypanocide de l'arsphénamine de la néoarsphénamine, par <i>Schamberg, Kolmer et Raiziss</i>	143
Traitemennt de la syphilis nerveuse par les injections novarsénicales à petites doses répétées et prolongées, par <i>J. A. Sicard</i>	143
Les injections intrarachidiennes de novarsénobenzol dans le traitement des syphilis nerveuses, par <i>P. Ravaul, Arbeil et Rabeau</i>	144

SYPHILITHÉRAPIE — DERMATOTHÉRAPIE

**ROGÉ-CAVAILLÈS**

C. PÉPIN, docteur en Pharmacie, 9, rue du 4-Septembre, PARIS

INJECTIONS MERCURIELLES

Huile grise — Sérum Gaucher (Benzoate Hg) — Bi-bromure, etc.

**606** Eau fraîchement redistillée **914**  
Sérum glucosé ou saccharosé

MÉDICATION MERCURIELLE POUR EMPLOI DISCRET

**ÉLIXIR IODÉPURATIF PÉPIN**

20 gr. contiennent 0 gr. 01 de bi-iodure de mercure

**SUPPOSITOIRES ROCAV**

= dosés à 0,05 de Hg par suppositoire =

**PRODUITS SPÉCIAUX POUR LA DERMATOTHÉRAPIE**

SAVONS — PATES — CRÈMES — VERNIS

POUDRE DE RIZ SANTA RITA STÉRILISÉE

138

138

139

139

139

140

140

40

41

41

41

41

42

3

3

4

6



# Thérapeutique Dermatologique

Laboratoire P.BRISSON & C<sup>ie</sup>, 111, Rue du Mont-Cenis, Paris.

## PROCUTA

Topique réducteur Kératoplastique

Dermatoses à formes squameuses,  
Psoriasis, Eczémas secs, Atyriasis,  
Seborrhédes psoriasisiformes,  
Lichen, Ichtyose, Pruritis,  
Névrodermites

## LACCODERMES

Vernis semi-gras  
solubles à l'eau

Pour Dermatoses à formes  
suintantes et prurigineuses.  
A l'Oxyde de Zinc, Goudron de  
Houille à 5%, 10%, 20%, Ichtyol  
Stavaine, Ichtyol et Stavaine, contre  
Eczéma papuleux, vésiculeux, Para-  
kératose psoriasisiforme, Eczéma  
prurigineux des Enfants.

## DENISOLINE

Lotion colloïdale au Soufre  
électro-négatif

Rougeurs du Visage, Acné,  
Couperose, Télangiectasie,  
Rugosité de la peau, Séborrhées  
Pellicules

## SAVON DENISOL

Hygiénique  
et Bactéricide, surgras

Employé pour enlever les  
matières grasses des panse-  
ments, Preventif des Dermato-  
ses.

## VULCASE

Dépuratif Laxatif au Soufre  
organique assimilable

Dermatoses, Arthritisme,  
Constipation, Maladies des  
Voies respiratoires, Hémor-  
roides. 60 comprimés par  
Flacon.

## CATHIODE

Iode fixé par le Charbon

Artério-Sclérose, Troubles de  
la Circulation, Asthme, Emphy-  
seme, Obésité, Lymphatisme,  
Syphilis. Chaque comprimé  
contient 0,02 d'iode métallique.

FICHES BIBLIOGRAPHIQUES

ANGIOMES

1920 — 1

**Degratis.** Traitement de tumeurs angiomeuses par le radium. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 21 avril 20, p. 572.

**Fraser.** The hemangioma group of endotheliomatous. *British Journal of Surgery*, janv. 20, p. 335.

**Gioseffi.** Anofalmo bilaterale congenito con emangioma della palpebra inferiore destra. *Riforma medica*, 21 fév. 20, p. 205.

**Leonhardt.** Angiome de la lèvre supérieure chez un nourrisson. *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc*, 2 juillet 20.

**Millian.** Récidive dans la cicatrice d'angiolyphangiome extirpé. *B. S. f. D.*, 10 juin 20, p. 487.

**Millian.** Angiome malin. *B. S. f. D.*, 8 juillet 20, p. 249.

**Pajares.** Angiome circuscrito de la parte mucosa del labio inferior. *La Pediatría española*, 20 juillet 20, p. 233.

**Reder.** Hemangioma and lymphangioma, their response to the injection of boiling water. *Medical Record*, 23 sept. 20, p. 519.

**Tommasi (P. de).** Angioma cavernoso profondo del collo. *Riforma medica*, 12 juin 20, p. 348.

DERMATOLOGIE

(Divers)

1920 — 2

**Bennigson.** Ueber die Behandlung der Angina Paul-Vincent mit Salizylsäure. *D. W.*, 30 oct 20, p. 888.

**Bloch.** Zeitschriftenwesen und Geschichte der Medizin. *D. W.*, Unnas Festnummer, 4 sept. 20, p. 730.

**Bomhard.** Zur Diagnose und Therapie des benignen Miliarlupoids (Boeck). *D. W.*, 13 mars 20, p. 161.

**Bowen.** Precancerous dermatoses; further course of two cases previously reported. *Archives of Dermatology and Syphilology*, janv. 20, p. 23.

**Darier.** Le cancer de la dermatose précancreuse de Bowen. *A. d. D.*, fév. 20, p. 49.

**Darier.** Sur une affection précancreuse récemment décrite: la dermatose de Bowen. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 18 mai 20, p. 464.

**Belbanco u. Unna jr P. G.** Unnas Löbanslauf. *D. W.*, Unnas Festnummer, 4 sept. 20, p. 621.

**Fasani-Volarelli.** Le iniezioni cosmetiche di parafina. *Accademia dei Fisiocritici in Siena*, 26 mars 20.

**Fick.** Anatomie und allgemeine Pathologie. *D. W.*, Unnas Festnummer, 4 sept. 20, p. 657.

DERMATOLOGIE

(Divers)

1920 — 3

**Friedenthal.** Unna als biologischer Chemiker. *D. W.*, Unnas Festnummer, 4 sept. 20, p. 653.

**Ganz.** Spezielle Pathologie. *D. W.*, Unnas Festnummer, 4 sept. 20, p. 677.

**Gaston.** Cas d'éruption polymorphe due à des associations morbides: *B. S. f. D.*, 8 janv. 20, p. 11.

**Glass.** Zur operativen Beseitigung des Leistenhodens. *D. W.*, 13 nov. 20, p. 928.

**Golodetz.** Die Wertung der Sauerstofftheorie Unnas. *D. W.*, Unnas Festnummer, 4 sept. 20, p. 655.

**Gomes.** Um novo caso de dermatite verrucosa. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo*, avril 20, p. 42.

**Gougerot.** Les dermo-épidermites microbiennes en « carapace ». *Paris médical*, 10 juin 20, p. 497.

**Herz.** Unnas Anteil an der bacteriologischen Erforschung der Haut. *D. W.*, Unnas Festnummer, 4 sept. 20, p. 688.

**Kiendl.** Ein Beitrag zur sichtbaren Lymphangitis tuberculosa. *D. W.*, 24 janv. 20, p. 49.

DERMATOLOGIE

(Divers)

1920 — 4

**Lorenzo.** Il primo caso de sodoku illustrato in Sardegna. *G. I. M. V.*, oct 20, p. 531.

**Mayer.** Unna als Mikrotechniker. *D. W.*, Unnas Festnummer, 4 sept. 20, p. 670.

**Perrenot.** Un cas de « vaselinome » à évolution rapide peut-être vers la malignité. *Société des Sciences médicales de Saint-Étienne*, 2 juin 20. *Loire médicale*, 15 juillet 20, p. 314.

**Samberger.** Unna als Kliniker. *D. W.*, Unnas Festnummer, 4 sept. 20, p. 691.

**Schreus u. Hoffmann.** Neue Forschungen über die Vitamine und ihre Bedeutung. *D. Z.*, sept. 20, p. 141.

**Smith.** Production of tumors in absence of parasites. *Archives of Dermatology and Syphilology*, aout 20, p. 176.

**Strandberg.** Lymphogranulomatose cutis. *Acta dermatovoenerologica*, oct. 20, p. 215.

**Svestka.** L'éosinophilie et ses rapports avec les maladies cutanées. *Ceska Dermatologie*, 20, n° 1-6.

, A.

semi-  
t. 20,

innae

ue à  
D.,

Leis-

eorie  
sept.

erra-  
ina e

bien-  
juin

schen  
Fest-

phan-  
. 49.

trato  
l.

W.,

volu-  
. So-  
aint-  
juil-

innae

ngen  
ung.

es of  
d Sy-

cutis.  
215.

avec  
ologie,



**TOU<sup>T</sup> CE QUI CONCERNE LE LABORATOIRE**  
**MICROGRAPHIE — BACTÉRIOLOGIE**

**E. COGIT & C<sup>ie</sup>**

Constructeurs d'Instruments et d'Appareils  
pour les Sciences

*36, Boulevard Saint-Michel — PARIS*  
Téléphone Fleurus 08-58

Ateliers de Construction  
Expédition & verrerie en gros

*19, Rue Humboldt, PARIS*

AGENTS EXCLUSIFS des Microscopes **KORISTKA**,  
= Construits par la S. O. M. à PARIS =

DEPÔTARIARES DES COLORANTS FRANÇAIS marque R. A. L.  
Produits Chimiques & Biologiques spéciaux  
Antigène héréo-syphilitique, Antimouton  
— Antihumain dosés —

Broyeurs Latapie, Étuves, Bains-marie, Supports,  
Centrifugeurs pour la réaction de Wassermann

INSTALLATION COMPLÈTE DE LABORATOIRES



**VACCINS ATOXIQUES STABILISÉS**

**DMESTA**

**VACCIN ANTISTAPHYLOCOCCIQUE CURATIF**  
TRAITEMENT DES INFECTIONS DUES AU STAPHYLOCOQUE  
FURONCULOSE, ANTHRAX, ABCÈS, DERMATITES, etc.

S'EMPLOIE EN INOCULATIONS SOUS-CUTANÉES  
Ne nécessite aucune interruption dans les occupations du malade

**PRIX: Boîte de 1 dose : F<sup>or</sup> 5 — Boîte de 6 doses : F<sup>or</sup> 15**

LES ÉTABLISSEMENTS **POULENC FRÈRES**  
92, Rue Vieille-du-Temple, PARIS

FICHES BIBLIOGRAPHIQUES (Suite)

DERMATOLOGIE

(Divers)

1920 — 5

**Porten.** Allgemeine Naturwissenschaften und Philosophie. *D. W.*, Unnas Festnummer, 4 sept. 20, p. 638.

**Runge.** Unna und die Pharmazie. *D. W.*, Unnas Festnummer, 4 sept. 20, p. 718.

**Thibierge.** Balanite chronique en plaques pouvant simuler l'épithélioma plan du gland. *B. S. f. D.*, 13 mai 20, p. 157.

**Thibierge et Legrain.** Dermatoso circinée avec centre atrophique, à éléments multiples, de nature indéterminée. *B. S. f. D.*, 8 juillet 20, p. 261.

**Unna jr.** Therapie. *D. W.*, Unnas Festnummer, 4 sept. 20, p. 699.

**With.** Chronisk excorieret Afskøktion paa h. Papilla mammaria. *Dansk dermatologisk Selskabs Forhandlinger*, 4 fev. 20, p. 36.

**Withers.** Cases of chronic papular itching eruption of axilla and pubes (Fordyce). *Archives of Dermatology and Syphilology*, janv. 20, p. 8.

**Zagari.** Acrocanosi cronica. *Riforma medica*, 7 aout 20, p. 709.

**Zernik.** Unna und die Materia medica. *D. W.*, Unnas Festnummer, 4 sept. 20, p. 705.

ECZÉMA

1920 — 2

**Ahrens.** Eczema verruco-callosum nodulare (Prurigo nodularis). *D. W.*, 9 oct. 20, p. 823.

**Fox.** Standardized Roentgen ray in the treatment of skin diseases, with special reference to eczema. *New-York medical Journal*, 27 nov. 20, p. 837.

**Fox et Fisher.** Protein sensitization in eczema of adults. *Journal of the American medical Association*, 2 oct. 20, p. 907.

**Kleinschmidt.** Zur Bäderbehandlung des Ekzems. *D. W.*, 20 nov. 20, p. 950.

**Martinotti.** Edema essudativo acuto o eczema urticante (?) *G. I. M. V.*, oct. 20, p. 525.

**Moro.** Uebererregbarkeit des vegetativen Nervensystems in Frühjahr und Eczemtod. *Muenchener medizinische Wochenschrift*, 20, n° 23.

**Ramirez.** Protein sensitization in eczema, Report of seventy eight cases. *Archives of Dermatology and Syphilology*, sept. 20, p. 365.

**Strandberg.** Investigations on the so-called "match eczema" and its causes. *Acta dermatovoenerologica*, 20, n° 4.

ÉPITHÉLIOMA CUTANÉ

1920 — 5

**Alexander.** Karzinomentwicklung auf Psoriasis. *B. D. G.*, 10 fev. 20.

**Hamilton.** Arsenical keratosis and epithelioma. *P. S. of L.*, Section of Dermatology, 17 juillet 20, p. 154.

**Mac Murray.** Rodent ulcer of arm. *Medical Journal of Australia*, 11 sept. 20, p. 744.

**Ménétrier et Durand.** Epithelioma sébacé de l'aile du nez. *Bulletins de la Société anatomique*, juillet 20, p. 441.

**Reyn.** Lupuscarcinom. *Dansk dermatologisk Selskabs Forhandlinger*, 4 fev. 20, p. 31.

**Sequeira.** Two cases of lar carcinoma. *P. S. of L.*, Section of Dermatology, 19 fev. 20, p. 73.

**Strassberg.** Lupus erythematodes des Gesichtes. *Epitheliom*. *W. D. G.*, 12 fev. 20.

**Williams.** Malignant degeneration in benign dermatoses. *Archives of Dermatology and Syphilology*, aout 20, p. 168.

**With.** Hurtigt voksende Lupon i h. Tinding hos en Mand med ganumel Lupus. *Obs. for Epitheliom*. *Dansk dermatologisk Selskabs Forhandlinger*, 5 mai 20, p. 50.

ÉRYTHÈMES

1920 — 2

**Campbell.** Erythema multiforme mistaken for lesions due to chemical poisoning. *Canadian medical Association Journal*, avril 20, p. 368.

**Coerper.** Beitrag zur Klinik des Erythema infectiosum. *Muenchener medizinische Wochenschrift*, 20, n° 16.

**Fasani-Volarelli.** Eritema pigmentario della regione clavicolo-sternale della donna. *Accademia dei Fisiocritici in Siena*, 30 janv. 20.

**Jordan.** Bemerkungen zur Frage des Erythema exsudativum multiforme. *D. Z.*, fev. 20, p. 89.

**Lengfellner.** Erythema venosum. *Muenchener medizinische Wochenschrift*, 20, n° 33.

**Levinsohn.** Erythema nodosum: its treatment by streptococcus vaccine. *Medical Record*, 20 nov. 20, p. 850.

**Milian.** L'érythème scarlatiniforme de l'arsénobenzol est fonction d'infection. *Annales des Maladies Vénériennes*, sept. 20, p. 535.

**Richardson.** Erythema multiforme following diphtheria antitoxin. *Rhode Island medical Journal*, janv. 20, p. 11.

B.  
-  
so-  
he-  
y.  
cal  
de  
sto-  
isk  
S.  
20,  
Ge-  
ign  
and  
ing  
for  
abs  
for  
na-  
20,  
ema  
Wo-  
ella  
cca-  
20.  
Ery-  
fев.  
che-  
33.  
reat-  
Re-  
arsé-  
males  
535.  
wing  
ned.



# NOVARSÉNOBENZOL \*\*

= *Dioxydiaminoarsénobenzol* =  
*méthylène sulfoxylate de sodium*

## BILLON

Adopté par les Hôpitaux civils et Militaires  
en France et dans les Pays alliés

**De la Syphilis ✚ ✚ ✚**

• • pour le • • **Du Typhus récurrent**

• • traitement • • **De l'Angine de Vincent**



**Du Paludisme, Etc., Etc.**

Officiellement approuvé par le « Local Government Board »  
pour le Traitement  
et la Prophylaxie de la Syphilis en Angleterre

**OFFRE LE MAXIMUM DE SÉCURITÉ**

*Innocuité et Efficacité garanties  
par les millions d'Injections déjà effectuées*

**EMPLOI D'UNE EXTRÊME SIMPLICITÉ**

en Injections intra-veineuses ou en Injections rectales

*(Demander la Brochure explicative)*

**DÉPOT GÉNÉRAL :**

**Les Etablissements POULENC frères**

92, Rue Vieille-du-Temple — PARIS



# Thérapeutique Dermatologique

Laboratoire P.BRISSON & C<sup>°</sup>, 111, Rue du Mont-Cenis, Paris.

## PROCUTA

Topique réducteur Kératoplastique

Dermatoses à Formes squameuses,  
Psoriasis, Eczémas sec, Acne,  
Seborrhéides psoriasiformes,  
Lichen, Ichthyose, Pruritis,  
Névrodermites

## LACCODERMES

Vernis semi-gras  
solubles à l'eau

Pour Dermatoses à Formes  
suintantes et prurigineuses,  
Al. Oxyde de Zinc, Soudan de  
Mauille à 5%, 10%, 20%, Ichtyol  
Sclerolane, Ichtyol et Sclerolane contre  
Eczéma papuleux, vésiculeux, Par-  
kératose pourplacante Eczéma  
prurigineux des Enfants.

## DENISOLINE

Lotion colloïdale au Soufre  
- électro-négatif

Rougeurs du Visage, Aans,  
Coupures, Telangiectasie,  
Rugosités de la peau, Scrofules,  
Pellentes

## SAVON DENISOL

Hygiénique  
et Bactéricide, surgras

Employé pour enlever les  
matières grasses des vêtements. Préventif des Dermato-  
ses.

## VULCASE

Dépuratif Laxatif au Soufre  
organique assimilable

Dermatoses, Arthritisme,  
Constipation, Maladie des  
Voies respiratoires, Hémor-  
roides. 50 comprimés par  
Flacon.

## CATHIODE

Iode Fixé par le Charbon

Arthroses, Troubles de  
la Circulation, Asthme, Emphy-  
seme, Obésité, Lymphatisme,  
Syphilis. Chaque comprimé  
contient 0,02 d'Iode métallique.

**VACCINS ATOXIQUES STABILISÉS**  
**DMIE GON**  
**VACCIN ANTIGONOCOCCIQUE CURATIF**  
**TRAITEMENT RATIONNEL DE LA BLENNORRHAGIE**  
**ET DE SES COMPLICATIONS**  
**EMPLOIE EN INOCULATIONS SOUS CUTANÉES**  
 Ne nécessite aucune interruption dans les occupations du malade  
**PRIX: Boîte de 1 dose F° 3. — Boîte de 6 doses F° 15**

**LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES**  
 92, Rue Vieille du Temple, PARIS

**LOTION VÉGÉTALE RÉGÉNÉRATRICE de PACHAUT**

Pour empêcher la sécheresse des muqueuses de l'estomac. *Actions immédiates.*  
**ACTION RAPIDE, CERTAINE ET INTRUSIVE. P.D. de L. PACHAUT, 180, Rue Réaumur.**

**PLUS D'IODISME! IODURE DE POTASSIUM**  
*Chimiquement pur*  
**P. D. de L. PACHAUT**  
*ANIQUE FATIGUE POUR L'ESTOMAC. — Boîte: 150, pour sucre d'orge, PARIS, et toutes Pharmacies.*

**SUPPOSITOIRES laxatifs de L. PACHAUT**

à la Glycerine et à l'huile de Palme Christi. — Forme spéciale permettant l'introduction plus facile et la pénétration plus profonde — **EFFET RAPIDE et SÛR.** — EN VENTE dans toutes les PHARMACIES.



**OUATAPLASME**

du Docteur **Ed. LANGLERENT**

*Adopté par les Ministères de la Guerre, de la Marine et des Colonies.*

**Pansement émollient aseptique instantané**

*Préconisé d'employer dans toutes les inflammations de la Peau :*

**ABCÈS  
FURONCLES  
PHLEGMONS**

**ANTHRAX  
PANARIS  
BRÛLURES**

**PLAIES VARIQUEUSES  
ECZEMAS  
PHLÉBITES**

**GERÇURES du SEIN  
MALADIES de la PEAU  
CHIRURGIE OCULAIRE**

**VENTE EN GROS : 10, Rue Pierre Dugrue, PARIS et toutes Pharmacies.**  
**SE MÉPÎER DES CONTREFAÇONS**

